

Univerzita Karlova v Praze
Husitská teologická fakulta

Diplomová práce

Fenomén alkoholismu a možnosti sociální práce

The phenomenon of alcoholism and opportunities for social work

Vedoucí práce:

PaedDr. Mgr. Hana Žáčková

Autor:

Marcela Maternová

Praha 2013

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé práce PaedDr. Mgr. Haně Žáčkové, a v neposlední řadě také všem, kteří mě v průběhu psaní této práce podporovali.

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu.

V Praze dne

Marcela Maternová

.....

Anotace

Tato diplomová práce se zabývá fenoménem vzniku a vývoje závislosti na alkoholu. V první řadě se soustředí na historický popis, kde dokládá značnou zakotvenost v životě již našich předků. Dále definuje samotný pojem závislosti, jeho příčiny a také následky, ať už psychické, zdravotní nebo sociální. Jejím cílem je popsat možnosti sociální práce v oblasti tohoto fenoménu, definuje proto v první řadě cíle a pojetí sociální práce a následně specifiky klienta závislého na alkoholu. Důležitým prvkem je také role sociálního pracovníka v oblasti motivace klienta ke změně, k ilustraci procesu práce používá Nešporův model spontánní změny motivace. Poté na podkladě dostupných sociálních služeb vybírá několik nejvhodnějších, které mohou pomoci ke zlepšení klientovy situace. Svou nezastupitelnou roli má v této problematice také primární prevence, tedy je zde probrána její metodika, cílové skupiny se zaměřením na dospívající a je kladen důraz na pevnou roli rodiny. Nakonec jsou zmíněny některé oficiální dokumenty o primární prevenci, kde jsou zmíněna aktuální témata z praxe primární prevence a následně dotazníkové šetření, mapující hledisko sociálních pracovníků na výskyt rizika závislosti na alkoholu u dospívajících navštěvujících sociální zařízení.

Klíčová slova

Závislost na alkoholu, alkoholismus, metysmus, abstinent, konzument, piják, misúzus, abúzus, relaps, lapsus, recidiva, bažení (craving), akutní intoxikace, patická opilost, odvykáací syndrom, sociální fungování, sociální selhání, primární prevence

Annotation

This diploma thesis explores the phenomenon of formation and development of alcohol dependence. In the first series focuses on the historical description, which demonstrates considerable anchored in the life of our ancestors already. It also defines the concept of addiction, its causes and consequences, whether psychological, medical or social. Its objective is to describe the possibilities of social work in this phenomenon. defines therefore primarily targets and understanding of social work and consequently specifics of client alcoholism. An important element is the role of the social worker in the client's motivation to change, which uses Nešpor's model of spontaneous changes in motivation. Then, on the basis of available social services selects several most suitable, which can help to improve the client's situation. Has an essential role in this issue also primary prevention, ie it discusses the methodology, target groups, focusing on adolescents and the focus is on the firm role of the family. Finally

contains some official documents on primary prevention, which are discussed current issues of primary prevention practice and subsequent survey, mapping aspect of social workers on the incidence risk of alcohol dependence among adolescents attending social facilities.

Keywords

Alcohol addiction, alcoholism, metysmus, abstinent, consumer, drinker, misúzus, abuse, lapse, relapse, craving, acute intoxication, patic intoxication, withdrawal syndrome, social functioning, social failure, primary prevention

OBSAH

| | |
|---|----|
| Úvod | 8 |
| 1. Alkohol(ismus) v průběhu věků | 10 |
| 1.1 Biblické svědectví..... | 14 |
| 2. Fenomén závislosti na alkoholu | 17 |
| 2.1 Pojem závislosti | 19 |
| 2.2. Faktory ovlivňující vznik závislosti..... | 22 |
| 2.3. Vývoj závislosti..... | 25 |
| 2.4 Psychické poruchy vyvolané požíváním alkoholu | 25 |
| 2.5 Sociální důsledky závislosti..... | 26 |
| 3. Možnosti sociální práce s klientem závislým na alkoholu se zaměřením na prevenci | 30 |
| 3.1 Pojetí, cíl a některé pojmy sociální práce | 30 |
| 3.2. Charakteristika klienta závislého na alkoholu..... | 32 |
| 3.3 Možnosti sociálního pracovníka jako podpůrce změny a motivace..... | 33 |
| 3.4 Možnosti sociálního pracovníka jako koordinátora sociálních služeb | 36 |
| 4. Problematika primární prevence | 40 |
| 4.1 Metodika prevence..... | 40 |
| 4.2 Specifika alkoholu pro dospívající | 43 |
| 4.3 Rodina jako základ prevence..... | 44 |
| 4.4 Dokumenty k primární prevenci..... | 46 |
| 5. Praktická část - dotazníkové šetření | 50 |
| 5.1 Cíl dotazníkového šetření..... | 50 |
| 5.2 Hypotéza | 50 |
| 5.3 Cíloví respondenti a šetřený vzorek | 51 |
| 5.4 Metoda sběru dat | 51 |
| 5.5. Výsledky dotazníkového šetření | 52 |
| 5.6 Vyhodnocení stanovených hypotéz | 62 |
| 5.7 Diskuze..... | 63 |
| Závěr | 65 |
| Summary | 67 |
| Seznam literatury..... | 69 |
| Elektronické zdroje | 71 |
| Seznam příloh: | 72 |
| Přílohy..... | 73 |

Seznam zkratk

Gn – Genesis

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

PCPP – Pražské centrum primární prevence

WHO – Světová zdravotnická organizace

Úvod

Ve své diplomové práci se věnuji problematice alkoholu, potažmo tedy závislosti na alkoholu a možnostem sociální práce, s důrazem na primární prevenci. Tuto tematiku se snažím zmapovat z více hledisek tak, abychom dosáhli komplexního pohledu. Tradičnost a historicitu tohoto fenoménu se pokusím zmapovat v první kapitole, přičemž se zde ohlédneme i za biblickým svědectvím, kde se zmínky o alkoholu – v různých souvislostech – vyskytují a možná dojdeme k zajímavým závěrům. Poté se budu věnovat tematice alkoholismu v konkrétních rysech – definovat vůbec samotný pojem závislosti, příčiny, důsledky, rizika – to vše s cílem ukázat, o jak aktuálním a závažným fenoménu zde hovoříme.

V další části se zaměřuji na samotný obor sociální práce a jeho potenciál k řešení tohoto sociálního problému – jak jistě můžeme závislost na alkoholu nazvat. Definuji zde nejprve platformu teoretických pojmů, abych se posléze mohla přesunout na půdu samotné práce s klientem – počínaje právě definicí závislého klienta. Velmi důležité zde pak vnímám, jak definovat roli sociálního pracovníka. Nejprve si tedy všímám sociálního pracovníka jako jakéhosi „konstruktéra“ klientovy motivace ke změně, neboť ta je pro uzdravující proces nezbytná, posléze se snažím zmapovat jeho roli jako koordinátora sociálních služeb, kdy se snažím definovat vhodné služby, které mohou pomoci klientovi (ať už v jakékoliv fázi jeho boje se závislostí) setrvat v jeho nové životní situaci.

Pokusím se tedy dokázat, že sociální práce má potenciál řešit fenomén závislosti na alkoholu, nicméně budu se snažit i analyzovat, co společnost činí pro co největší eliminaci tohoto sociálního jevu. Velkou váhu přikládám právě primární prevenci – proto se budu věnovat v další kapitole právě jí – s ohledem na metodiku, a s důrazem na skupinu dospívajících – kde vnímám riziko dopadů jako vůbec nejkritičtější. Jelikož se domnívám, že jádro této prevence spočívá v rodině, dotknu se i tohoto tématu, jelikož v dnešní době rozvolněných rodinných vazeb zde rovněž vnímám riziko neplnění rodinné role právě ve smyslu ochranném a preventivním. Nakonec bych ráda zmínila i některé oficiální dokumenty, které se primární prevencí zabývají, abychom měli přehled, jaké problematické faktory se v praxi primární prevence vyskytují.

Pro praktickou výtěžnost tohoto tématu jsem do poslední části práce zařadila i výstup z krátkého dotazníku, který je určen pro sociální pracovníky, a zaměřuje se právě na problematiku prevence pro dospívající. Cílem je zjistit, zda vnímají u svých svěřenců jako riziko právě konzumaci alkoholu a jak s ním pracují. Ve druhé řadě je pak cílem zjistit, jak vnímají svoji roli v praxi primární prevence a za jak efektivní považují primární prevenci obecně.

Pokud shrnu cíl této práce – jedná se o zjištění, jak sociální práce konkrétně může pomáhat klientovi se závislostí na alkoholu, zda je cestou také větší angažovanost sociální práce v problematice primární prevence, k čemuž mi poslouží i právě výsledky dotazníkového šetření.

1. Alkohol(ismus) v průběhu věků

Jakkoli haněný, opomíjený či opěvovaný může alkohol být, nikdo mu neupře jeho přítomnost linoucí se jako červená nit odvěkou lidskou existencí. Vztah lidské společnosti k alkoholu byl a asi vždycky bude více než ambivalentní.

Existenci alkoholu objevil poměrně náhodně člověk již v prehistorickém období tím, že konzumoval velké množství zkvašených plodin a rostlin. Objev magického nápoje byl učiněn pravděpodobně přirozeným zkvašením například kukuřičné kaše. Posléze se pro proces kvašení začaly využívat rozmanité druhy ovoce. Jak konstatuje Edwards (2000, s. 8-17), nebylo pro první příslušníky lidského rodu nic jednoduššího, než shromáždit nějaké ovoce, přidat vodu a počkat pár dní. Působení alkoholu lidé vnímali jako jakýsi účinek vyšší, možná i boží moci. Člověk se najednou zcela uvolnil, měl pocit propojení s nadpřirozeným prostorem. U mnohých národů je dodnes alkohol součástí rodových rituálů.

Starověké národy ze Středního a Blízkého Východu používaly pro kvašení nejrůznější suroviny – zřejmě jako první to byl med, kromě něj to byly ale i datle, obiloviny, hrozny a další druhy ovoce. Již z tohoto období máme také dochovány mnohé zmínky o nestřídmém pití alkoholu. O aktech spojených s podáváním či prodejem alkoholu se zmiňuje dokonce i Chammurapiho zákoník sepsaný přibližně 1700 let před našim letopočtem. V jednotlivých paragrafech zakazuje mísení vína s nekvalitními složkami, zákaz pro kněžky otevřít si hostinec či ho navštěvovat, a také povinnost majitelky hostince nahlásit jakékoliv potencionální výtržnosti (vše nasvědčuje tomu, že šenkovnictví se věnovaly především ženy)

Otázce pití alkoholu se překvapivě věnoval i sám Platón, když poučoval, jak se má správně pít – do osmnácti let pití zcela zakazuje, po třicítce povoluje pít velmi střídmě, a po čtyřicítce již člověk podle něj může popíjet zcela volně. Ale definoval skupiny lidí, kteří by se měli konzumaci alkoholu zcela vyvarovat – například vojáci na válečném tažení (ačkoli realita byla vždy jiná, vojáci se pitím alkoholických nápojů povzbuzovali a oslavovali případná vítězství, anebo naopak zapíjeli hořkost z porážky). Vedle vojáků Platón zmiňuje i soudce, kterým by opilost zamlžila úsudek nutný k plnému nasazení. Zajímavé ale je, že například ve Spartě museli otroci pít alkohol, aby mladíci vychovávaní spartánským režimem poznali u druhých účinky alkoholu a pocítili k pití odpor. Také ženy a muži, kteří se dané noci chystají

počít, by se měli podle filosofa vyhnout konzumaci alkoholu. Je možné, že se domníval, že požití alkoholu početí brání.

Antičtí lékaři již v této době popisovali mnohé příznaky u svých pacientů, které celkem jistě způsoboval alkohol – již u Alexandra Velikého. Samotné jeho úmrtí bylo zřejmě způsobeno záchvatem malárie, jak již bylo doloženo, ale i v jeho životě sehrál alkohol ne zrovna nepatrnou roli. Jeho otec Filip II. Makedonský se velmi často a rád zúčastňoval velkých orgií pořádaných dvora a rovněž jeho matka Olympiada se stala zanícenou bakchantkou. Bakchův (lat.) neboli Dionýsův (řec.) kult byl spojen s vesnickými oslavami plodnosti, kdy se hojně popíjelo víno a pořádaly se různé obřady. Původně se jich účastnily pouze ženy, ale když byli přizváni i muži, charakter oslav se pochopitelně změnil - například v antickém Římě se z nich staly víceméně divoké pitky včetně sexuálních orgií, takže byly roku 168 př. Kr. zakázány dokumentem zvaným *Senatus consultum*.

Proto i později, při válečných vítězstvích (a že jich nebylo málo) se pořádaly divoké pitky. Při jednom z mnohých alkoholových dýchánek dokonce probodl mečem svého nejlepšího přítele Kleitose, protože se mu v nějaké věci postavil na odpor. Příliš se tedy neřídil radami svého učitele Aristotela, který ho nabádal ke střídmosti.

Je mnoho snah vysvětlit Alexandrův nezřízený vztah k alkoholu – psychoanalytici poukazují na jeho na jedné straně neurovaný vztah s otcem, na straně druhé na téměř vášnivý vztah k matce. Někteří lékaři ho považují za depresivního maniaka cyklotymického typu. Dle mezinárodní klasifikace nemocí F340 je definována tato porucha jako trvalá nestálost nálady, resp. cyklické střídání smutné nálady, mírné deprese a nálady veselé mírné elace, hypománie. (Velký lékařský slovník, 2008, online)

Vidíme tedy, že již ve starověku existovali náruživí pijáci, a že současný problém alkoholismu není zdaleka vůbec jen problémem moderní doby.

V říši římské se víno konzumovalo velmi hojně, a dnes známe jména významných postav této doby, kteří alkoholu holdovali více než je zdrávo: vojevůdce Sulla, Marcus Antonius, a třeba i Ciceronův syn. Ani Byzance nezůstává pozadu - například významné obchodní středisko Antiochie bylo vyhlášené svou zhýralostí, tahanice s hostinskými tu zažil i Julián Apostata. V 11. století v Konstantinopoli se objevuje asi vůbec první lékařská zmínka o přímém následku nadměrného pití vína – a to, když jakýsi lékař Simeon Seth u svého pacienta popisuje zánět jater a léčí ho šťávou z granátových jablek.

Následující století jsou ve znamení velkého rozvoje vinařství a to zejména ve Francii. Mnoho vína proudilo později i z církevních vinic – zejména proto, že vinná réva je na pěstování poměrně nenáročná, poptávka po víně stoupala a jeho cena kolísala méně než třeba u obilí. Od 14. do 17. století se konzumace vína stávala běžnou v podstatě u všech vrstev společnosti, i když třeba sedláci bez vlastní vinice pili do 17. století víceméně jen vodu.

Ve druhé polovině 15. století se pak objevují první destilované nápoje (první pravděpodobně ve Švédsku) a koncem 16. století již destiláty znala celá západní Evropa. Zatímco dosud mohli lidé konzumovat nápoje s obsahem alkoholu maximálně 14%, s vynálezem destilace to bylo náhle 50%. Opilost byla dosažena rychleji, a tím se také zvýšila návykovost.

V 18. století se začaly objevovat první, avšak stále poměrně ojedinělé kritiky ohledně neblahého vlivu alkoholu na společenský život. Ničivý vliv měl alkohol zejména na nejnižší vrstvy obyvatel, kteří jeho vlivu snadno podlehli, žijící v neutěšených poměrech. Začaly se objevovat první odborné lékařské názory mapující rizika alkoholového démona. Zejména němečtí autoři byli ve své práci velmi systematictí, přičemž jejich poznatky bedlivě sledoval švédský lékař Magnus Huss. V roce 1849 vydal dílo *Alcoloholicus chronicus*, kde mimo komplexního pojednání o následcích nadměrného pití alkoholických nápojů vytvořil lékařský pojem *alkoholismus*. Přípona *-ismus* se běžně užívala pro řadu onemocnění, zejména intoxikačních, a takovouto povahu Huss přisuzoval i nadměrnému pití alkoholu. Pojem alkoholismus se brzo rozšířil a nahradil německý pojem *metysmus*. Huss ve svém díle však neopomíjel ani otázky spojené s příčinami alkoholismu – domníval se sice, že příčinou sice může být špatný příklad rodičů, ale dědičnou povahu alkoholismu odmítal. Rovněž z morálního hlediska měl jasné stanovisko – je na každém člověku, aby se choval jako důstojné stvoření Boží. Tedy odpovědnost za konání má každý jedinec sám o sobě. Hussovi se též podařilo založit několik léčebných ústavů, které byly určeny pro alkoholiky, kteří byli do té doby spíše posíláni do ústavů pro choromyslné. (Sournia, 1999, s. 15-64)

Později vzniká v evropských zemích mnoho abstinenčních spolků a společnost si uvědomuje nemalá rizika, proto dochází i k pokusům o prohibici, například v USA v období po válce Severu oproti Jihu (v letech 1861 až 1865). Cena alkoholu klesla a whisky byla levnější než káva. Souběžně rostla kriminalita. Část veřejnosti byla natolik pobouřena, že byla založena National Prohibition Party s prohibicí jako ústředním bodem volebního programu. Roku 1880 byla zakázána konzumace a prodej alkoholu v několika státech, do roku 1913 se zákaz rozšířil

na bezmála polovinu států. Roku 1919 byl přijat tzv. Volsteadův zákon, který považoval za alkoholické nápoje takové nápoje, které obsahovaly více než půl procenta alkoholu. V roce 1920 byla ratifikací ústavního dodatku v USA zavedena prohibice, která znamenala úplný zákaz výroby, prodeje a distribuce alkoholických nápojů. Jedním z jejích cílů bylo snížení počtu závislých lidí a úmrtí následkem požití alkoholu. Brzy se dostavily i následky tohoto radikálního kroku – americká mafie se aktivně chopila „černé díry“ na trhu, a byznys dále vzkvétal, ovšem na ilegální úrovni. Jedním z center zločinu se stalo i Chicago, v němž působil nechvalně známý Al Capone, který na prohibici vydělal desítky milionů dolarů. Roku 1932 vyhrál prezidentské volby F.D.Roosevelt a o rok později, 5. prosince 1933, byla prohibice zrušena ratifikací 21. dodatku Ústavy Spojených států. (Pokorný, 2006, s. 34-37)

Během válečných světových konfliktů se spotřeba snížila, a i když po skončení opět stoupla, nebylo to již v takové míře jak předtím. Konzumentské návyky se nepatrně měnily, ale jinak zůstaly v určité míře stejné dodnes, i když vznikaly méně či více úspěšné spolky propagující abstinenci. Situace například ve Švédsku se kolem roku 1955 změnila - zavedl se licenční prodej, kdy se spolupracuje s územními jednotkami a prodej alkoholu je tak kontrolovatelný. V dnešní době má švédský stát monopol na prodej alkoholu občanům v obchodech. Každý nápoj, který obsahuje víc než 3,5 procenta alkoholu, se smí prodávat jen a pouze v těchto obchodech, které se ve švédštině jmenují Systembolaget. (Hospodářské noviny, 2004, online)

Československo má v jisté podobě primát na poli alkoholové závislosti, a to za přičinění docenta Jaroslava Skály, který nastoupil v roce 1948 na psychiatrickou kliniku u Apolináře a věren své specializaci založil v roce 1951 první specializované padesátilůžkové protialkoholní oddělení pro muže a protialkoholní záchytnou stanici o kapacitě dvaceti lůžek – v rámci modelu krizové intervence. Pobyt na záchytné stanici trval 10-12 hodin, v případě potřeby déle. Účelem pobytu byla detoxikace, tzn. vystřízlivění, kdy hladina alkoholu v krvi postupně klesala na nulu. Na záchytce vypomáhali i pacienti z protialkoholní léčebny, aby zažili, jak nepříjemný je kontakt s podnapilým člověkem. Československé léčebny se staly vzorem i pro jiné země – v USA vznikla první záchytka v roce 1963 pod názvem detoxication center. Sám docent Skála byl několik amerických léčeben navštívit, a byl potěšen, když slyšel, že ho nazývají „father of the detox“. (Skála, 1997, s. 32-38)

1.1 Biblické svědectví

Požívání vína rituálně nebo i přes míru najdeme i v samotném Písmu. Jen ve Starém zákoně je několik případů, které naznačují neblahé důsledky nadměrné konzumace vína. Jen vzpomeňme na příběh Noa (Gn 9, 18-29), který jako první zemědělec po potopě vysadil vinnou révu, opil se, a pak obnažený usnul ve svém stanu. Heller a Prudký (2007, s. 68-75) ve svých výkladech úvodem též připouští, že zprvu se tento příběh jeví nanejvýš podivně a že v něm pro biblické poselství nevidíme žádný význam.

Celá struktura tohoto problému je velmi členitá a složitá. Ve verši 20 se dočítáme, že Noe se stal mužem půdy a začal pěstovat víno. V Řecku se tradovalo, že víno a jeho pěstování lidem přinesl bůh Dionýsos, což ale tento příběh vyvrací – prvním mužem pěstujícím víno je Noe. Víno tudíž není darem Bohů, ale je to ryze lidská (pozemská) záležitost. Víno a jeho smyslná opojnost je tak pouze cestou k pozemské radosti. Kdo nezvládne pití, toho si podmaní zlé síly, bude proti nim bezbranný. Sám Heller uznává, že: „Písmo nemusí moralizovat zákazem, stačí, když prostě ukazuje, kam co vede.“ (Heller, Prudký, 2007, s. 76)

Příběh hovoří o tom, že Noe se napil vína a opil se – a pak se obnažil. Přičemž nahota není vnímána jako sexuální prvek, ale jako ztělesněná bezbrannost, skutečná „nahota v křoví“. Noemův syn Chám spatřil nahotu svého otce a řekl to svým bratrům. Následně je vysvětlena souvislost mezi Chámem a kenaanským chováním, což je chování smilné a orgiastické, poněvadž baalovské. Chám je označován jako „otec Kenaanu, tudíž původce všeho „kenaanství“.

Trochu znepokojující je konstatování autora, že „vidět hanbu“ (tímto výrazem je definováno to, co Noe uzřel po svém příchodu do stanu) bylo ve statích Mojžíšova zákona běžným opisem pro pohlavní styk. Stěžejní je ovšem právní význam této události. Ve Starém zákoně se mnohokrát vyskytuje svár o prvorozené postavení synů, a patrně i zde má svou úlohu. Chám chtěl svého otce zneuctít, pokořit, protože kdo byl takto zneuctěný (tj. pokud byl muž znásilněn), pozbyl svých práv a jeho postavení bylo v podstatě rovné ženě – tedy z hlediska práv skoro nulové. Proto už by dále nemohl Noe rozhodovat o tom co bude s jeho majetkem, už by nemohl uplatňovat patriarchální autoritu. A co na to Chámovi bratři? Přikryli taktně Noemovu nahotu a tím jako by smazali incident, ať už byl vlastně jakýkoli. V důsledcích Noe zlořečil Chámovi a tím i Kenaanu, a naopak požehnal zbylé bratry, Šéma a Jéfeta. V závěru kapitoly autor velmi zajímavě shrnuje důsledky, tedy že Kanaan nese hřích otcův. Poté dodává, že Nová smlouva toto vše mění, neboť: „..tam už nenese ani otec vinu syna či syn otce, ale *Syn z Otce vinu nás všech*.“ (Heller, Prudký, 2007, s. 79)

Dalším příběhem, kde významnou roli hraje alkohol, je příběh Lota a jeho dcer. (Gn 19, 30-38). Po dramatickém odchodu ze Sodomy se Lotovy dcery obávají, že jejich rodu hrozí zánik. Na nápad starší dcery napojí proto svého otce vínem a obě s ním absolvují incestní styk, z kterého vzejdou rody Moábců a Amónců – v pozdější době velcí nepřátelé Hospodinova vyvoleného Izraele. Jakoby už jejich původ je předurčoval k temné budoucnosti. Alkohol je zde v roli prostředku, který otupuje a umožní provést čin nanejvýš nezvyklý, ba pro dnešního člověka přímo nehorázný.

I v Novém zákoně se setkáváme se zmínkami o alkoholu. V jednom příběhu má dokonce řekněme ústřední roli. Jedná se o první Ježíšův veřejně vykonaný „zázrak“, anebo chceme-li, „znamení“. Během svatby v Káně galilejské dojde víno, a Marie nabádá Ježíše, aby se situaci něco udělal. Ježíš jí sice upozorní, že ještě „není jeho čas“, ale nakonec cca 700 litrů vody promění ve víno – a jak správce hostiny nazná, jde o víno velmi kvalitní. Jak si vlastně vyložit toto Ježíšovo konání? Podle farářky Církve československé husitské Marty Silné (Svatba v Káně Galilejské, 2004, online) je toto jasným faktem (pomineme-li hlubší teologický podtext), že Ježíš chtěl lidem činit radost, a chtěl, aby se hosté mohli nadále na svatbě radovat. Není to jakési nabádání k pijáctví, ale jakési uznání, že lidský život není jen o strastech a upjaté střídmosti, ale že prosté lidské veselí má v životě také své místo. Můžeme tedy konstatovat, že první Ježíšův veřejně vykonaný „zázrak“ je spojen s požitím alkoholu, a nikde nezaznamenáváme žádnou negativní konotaci. Jakoby Ježíš rozuměl lidské touze se bavit, hodovat a užívat si šťastné chvíle a nechtěl, aby jim nedostatek vína tuto událost narušil. Za tím vším nalezneme ovšem hlubší symboliku, tedy je to již jakási narážka na množství krve, které Ježíš prolije za velké množství lidí bez rozdílu, aby všichni mohli být vykoupeni. Proměna vína v krev Kristovu je pak hlubokou otázkou, na které se církev napříč neshodnou. „V jisté metafoře bychom možná mohli římskokatolický důraz proměny vína v Kristovu krev zcela otočit a říci, že Kristova krev se poměňuje ve víno a rozlévá se do všech kalichů všude tam, kde lidé ve společenství víry i v osobní pokoře, bázni a radosti přijímají – přes vlastní nehodnost – Boží dar smíření a spásy. Staré zlidovělé rčení „Ve víně je pravda“ získává z tohoto duchovního pohledu nepředstavitelně zásadnější a hlubší rozměr, neboť toto víno neprosakuje do naší mysli a nerozsvazuje nám jazyk, ale prosakuje do naší věčnosti a rozsvazuje nám pouta smrti.“ (Úvodní zamyšlení farářovo, 2012, online)

V Bibli najdeme ale i varovné pasáže, jako například Přísloví 20,1 : „Vino je posměvač, opojný nápoj je křikloun; kdo se v něm kochá, ten moudrý není.“ Zde jakoby se

odrážela ryzí lidská zkušenost s pitím alkoholu. Je zde poukázáno na sníženou kvalitu lidského úsudku po požití vína či jiného opojného nápoje. Je tedy více než jisté, že autor měl s následky nadměrného požití alkoholu zkušenosti „Což nevíte, že nespravedliví nebudou mít účast v Božím království? Nemylte se: Ani smilníci, ani modláři, ani cizoložníci, ani nemravníci, ani zvrácení, ani zloději, ani lakomci, opilci, utrhači, lupiči nebudou mít účast v Božím království,“ praví se v prvním listu Korintským, 6,9-10. Zde nacházíme jasné stanovisko – opilci, kteří v sobě nenaleznou dosti pokory a nebudou se kát za své hříšné jednání, nikdy nebudou mít možnost vykoupení. Z toho vyplývá jasné stanovisko biblického svědectví k problematice opilství. Podobně se vyjadřuje i list Efezským, 5,18: „A neopíjejte se vínem, což je prostopášnost, ale plni Ducha zpívejte společně žalmy, chvalozpěvy a duchovní písně. Zpívejte Pánu, chvalte ho z celého srdce a vždycky za všechno vzdávejte díky Bohu a Otci ve jménu našeho Pána Ježíše Krista.“ Správný křesťan se tedy nemá plnit alkoholem, ale Duchem svatým.

Existují však také názory, že víno a jiné „opojné“ nápoje zmíněné v Bibli, ve skutečnosti byly zcela prosté alkoholu. Objevují se argumenty, že bylo známo mnoho způsobů, jak uchovávat nápoje bez přidání alkoholu:

- Vařením hroznové šťávy (nebo jiného ovoce) a zredukováním na sirup, který se dá později zředit.
- Vařením šťávy v nádobách s minimem odpařování a následným utěsněním včelím voskem.
- Sušením ovoce na slunci a později opětovným namočením k výrobě vína.
- Cezením pro vyloučení glutenu.
- Přidáváním síry do ovocné šťávy – proces, který zabraňuje zkvašení. (Bibleinfo.com, 2004, online)

Výše zmíněné příběhy či úryvky Bible však jasně dokazují, že biblické svědectví pracovalo s alkoholem majícím účinky v podstatě totožné s dnešními. Můžeme se tedy tázat: Je víno, potažmo jakýkoliv alkohol, hříchem sám o sobě? Můžeme usoudit že ne, neboť předmět sám o sobě nemá hříšnou podstatu, nýbrž hřích se vždy nachází v lidské srdci a tak jedině člověk svým jednáním může vytvářet hřích. Což platí i u alkoholu – jakékoli nadměrné požívání alkoholu zbavuje člověka svobody dané od Boha – je to tedy jakési pohrdání svobodou. Neboli jak praví první list Korintským 6,12: „Všechno je mi dovoleno – ano, ale ne všechno prospívá. Všechno je mi dovoleno– ano, ale ničím se nedám zotročit.“ Každý člověk má od Boha svou svobodu – a je čistě na něm, nakolik ji dobrovolně odevzdá ve svůj neprospěch.

2. Fenomén závislosti na alkoholu

V předchozí kapitole jsme si naznačili, že v průběhu 19. století se alkohol a jeho zneužívání stalo objektem zájmu lékařů. Tento fakt ovšem nezabránil ani v nejmenším tomu, aby se alkohol i nadále nekonzumoval lidmi v množstvím větším než vhodném. Poměrně trefně nazval Griffith Edwards svoji knihu o alkoholu, jeho rizicích a důsledcích „Záhadnou molekulou“ (2000). Je to látka, která má vliv jak na psychickou, tak na fyzickou existenci člověka a v dlouhodobějším zneužívání má vážné důsledky nejen pro samotného pijáka, ale též pro jeho okolí. Chemický vzorec alkoholu je C_2H_5OH . Tato napohled jednoduchá molekula v sobě však zahrnuje nespočet rizik a škodlivých účinků.

Zákon č. 379/2005 Sb. chápe jako alkoholický nápoj lihovinu, víno a pivo; alkoholickým nápojem je dle zákona také jakýkoliv jiný nápoj, který obsahuje více než 0,5 objemového procenta alkoholu. Zajímavé je, že v předchozím Zákoně č. 37/1989 Sb. se kritérium pro definici alkoholického nápoje stanovilo jako obsah více než 0,75 objemového procenta alkoholu, tj. s novým zákonem se kritérium o něco zpřísnilo.

Populaci můžeme rozdělit na 4 typy podle jejich vztahu k alkoholickým nápojům (Skála, 1988, s. 6-7):

- **Abstinenti** požívají pouze nealkoholické nápoje, neboť požití této drogy v sebemenším množství odmítají, ať už z jakýchkoli důvodů. Z medicínského hlediska to není ale zcela jednoduchý pojem – Skála totiž upozorňuje, že abstinentem můžeme nazvat někoho, který nepožil jakýkoli alkoholický nápoj v jakékoli formě či množství po dobu nejméně tří let. Předpokládá se, že důsledných abstinentů je málo a pokud se vyskytují, tak nejvíce mezi dětmi do věku pěti až šesti let. V tomto věku leckteré dítě okusí pivo nebo například sladký likér.
- **Konzumenti** od alkoholického nápoje žádají pouze samotnou tekutinu a chuť a v podstatě ani nepřemýšlejí nad tím, že nápoj má vliv na jejich nervový systém. Jinak řečeno – konzument pije vhodný alkoholický nápoj ve vhodném množství. Vhodné množství Skála definuje jako třetinku desetistupňového piva nebo jeden decilitr vína po práci či po jídle, nebo přidání několika gramů rumu. Jedná se o množství, které zdravá játra umí rozložit asi během jedné hodiny a alkohol tedy v podstatě ani nervový systém neovlivní.

- **Pijáci** nepovažují alkoholický nápoj pouze za zdroj chutné tekutiny, ale žádají si již alkoholickou euforii (řec. „dobře se cítím“). Pro pijáky je dosažení euforie pomocí požití alkoholu velice jednoduché – mnohem jednodušší než jakýmkoliv jiným způsobem. Konzumují tedy alkoholický nápoj ne pro ukojení žízně, ale kvůli vedlejším účinkům na jejich nervový systém.
- **Osoby závislé na alkoholu** jsou osoby, jimž požívání alkoholu působí zřetelné oslabení fyzického i psychického zdraví, nebo problémy v sociálních vztazích a v jejich sociálním fungování. Za sociální fungování můžeme považovat standardní, očekávaný způsob života, kdy jedinec dokáže získat přístup ke zdrojům a uspokojivě naplňovat svoje potřeby, resp. i potřeby své rodiny.

Jako misúzus označuje Skála požívání alkoholických nápojů v nevhodném množství, nevhodné době, nevhodném věku či v nevhodném zdravotním stavu. Misúzus může, ale nemusí vést k závislosti na alkoholu. (Skála, 1988, s. 17)

Srovnáme pojetí konzumace alkoholu k pojetí Nešpora (2006, s. 16-17), který uvádí tři stupně, a to **rizikové užívání alkoholu**, kdy zatím ke zdravotnímu postižení nedošlo, ale pokud by konzumace v tomto množství pokračovala, je zde riziko tělesných či psychických následků. **Škodlivé užívání alkoholu** je pak stavem, kdy alkohol již způsobil tělesné nebo duševní problémy (typicky zhoršené jaterní testy apod.). Dále zmiňuje fázi **závislosti na alkoholu**, kdy se objevuje silné nutkání po alkoholu a po vysazení se objevují abstinenční příznaky.

Obecně není dáno žádné „bezpečné“ množství alkoholu, které by zaručovalo nulový negativní vliv na náš organismus. Současné prameny Světové zdravotnické organizace neuvádějí žádné toto bezpečné množství, jelikož jak trefně konstatuje Nešpor (2006, s. 17), pro příliš mnoho lidí je bezpečné množství nula. Historicky se uvádělo pro dospělého člověka jako bezpečné množství půl litru dvanáctistupňového piva nebo dva decilitry vína.

A jaká je vlastně situace se závislostí na alkoholu v číslech statistiky? Nečesaná a Pešek (2009, s. 24-26, online) uvádí, že na toto téma nemáme dostatek spolehlivých údajů. Z výzkumu prováděného v roce 2006, kdy bylo dotázáno přes 2000 respondentů, vyplynulo, že 2% populace, tj. více než 140 tisíc ekonomicky aktivních osob konzumuje alkohol značně

škodlivým způsobem, který by již vyžadoval odbornou pomoc. Rizikových pijáků je dle výzkumu až pětina dospělé populace, tj. více než 1,3 milionu ekonomicky aktivních osob. Co se týče mladých lidí, pravidelně konzumuje alkohol asi 78%. (Koncepce státní politiky pro oblast dětí a mládeže na období 2007-2013, online)

2.1 Pojem závislosti

Z hlediska sociální práce závislost definuje Matoušek (2008, s. 254) jako „stav, v němž se člověk není schopen obejít bez určité látky, případně činnosti. Má obvykle jak stránku fyzickou, tak psychickou i sociální.“

Kudrle (In Kalina a kol., 2003, s. 53-54) definuje závislost jako chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy po změněném prožívání. Jde tedy o jakousi snahu zintenzívnit pozitivní prožitky, slasti a naopak uniknout od pocitů samoty, izolace úzkosti, a jiných negativních pocitů. Podstatným znakem takového závislostního chování je *nutkavost*. Touha ovlivňovat svoje prožívání je dle Kudrleho běžným jevem, známým lidstvu od nepaměti. Kritickým bodem ovšem je to, když se změna prožívání stane iluzí a záměnou za realitu samotnou. Jinými slovy, závislost je jakýmsi vyústěním abúsu (zneužití, nadužití), který převládá v životě člověka jako dominantní činností, která zajišťuje uspokojení. Na podkladě požadovaných prožitků v důsledku požití alkoholických nápojů se fixuje celý komplex očekávání, který postupně přerůstá v návyk, v závislost. Tento přerod je ve většině případů zcela nerefléktovaný, anebo jen slabě. Proto mnozí závislí tvrdí, že žádný problém nemají. Zajímavé druhy obrany závislých při možné konfrontaci uvádí Royce (1989; cit dle Kalina a kol., 2003, s. 108):

- omnipotence a velikášství - „ve svém postavení bych si nemohl dovolit pít“ anebo „nemohu si dovolit při jednáních odmítnout obvyklou sklenku sektu“
- racionalizace – jakési pseudo-zdůvodňování - „nemusel bych pít, kdybych neměl problémy“
- projekce viny – hledání důvodů svého pití v druhých osobách, manželce apod..
- popření - „mohu přestat, kdykoliv budu chtít“, „ke kachně si dá přece pivo každý“, „to byste museli zavřít polovinu národa“
- minimalizace – jakási bagatelizace vážnosti situace - „dvě piva si dá každý chlap, tak zlé to se mnou přece není“
- únik do regresivních fantazií - „kdybych měl štěstí, nemusel bych žít takhle“

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) vyhotovená Světovou zdravotnickou organizací uvádí pojem „syndrom závislosti“, a to pod kódem F10: Syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobnovení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;
- c) tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky;
- d) průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance);
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch uzívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení. (Říčan, Krejčířová, 2006, s. 272)

Můžeme tedy vidět, že Kudrleho definice a definice Světové zdravotnické organizace jsou si velmi podobné. V obou případech je zde alkohol pro závislého na prvním místě – kvůli němu je schopen odsunout jakékoliv jiné priority do pozadí.

V podstatě totožná jsou pak kritéria pro definici a diagnostiku závislosti dle Americké psychiatrické asociace (srov. Nešpor, 2000, s. 26): Pro diagnózu závislosti by měl pacient vykazovat alespoň tři ze sedmi dále uvedených příznaků ve stejném období 12 měsíců:

- a) růst tolerance (zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku, nebo pokles účinku návykové látky při stejném dávkování),
- b) odvykací příznaky po vysazení látky,
- c) přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu,
- d) dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky,
- e) trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejích účinků
- f) zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky, nebo jejich omezení,
- g) pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky.

Autor zajímavě poukazuje na to, že psychiatrická definice zapomíná na pojem *bažení* (nebo také *craving*). Jedná se právě o silnou touhu nebo pocit puzení užívat látku. Již v padesátých letech doporučila dle Nešpora (2000, s. 16-25) Světová zdravotnická organizace rozlišovat mezi psychickým a fyzickým bažením. K bažení po droze přispívá spousta mechanismů, dva nejpodstatnější uvádí Fišerová (in Kalina a kol., 2003, s. 114):

1. Mechanismus pozitivního posilování, kdy navozený prožitek vzbudí u jedince silný zájem o opakování tohoto prožitku.
2. Mechanismus nepříjemného odvykacího syndromu, který vzniká po vysazení drogy.

Již jsme si nastínili, kdo je tedy vlastně závislý člověk. Je ale pravdou, že ne u každého člověka bychom pochodili s unifikovanými definicemi. Ve skutečnosti existuje několik typů závislosti, jak je definoval Jellinek (cit. dle Skála, 1988, s. 42-51):

- Typ **gama** je tzv. anglosaský typ závislosti, který se vyskytuje zejména v amerických zemích, v Kanadě nebo ve Skandinávii, ale hojně také v tuzemských vodách.

Hlavními příznaky je zvýšená tolerance alkoholu a ztráta kontroly v pití, na druhé straně závislý je schopen abstinence.

- Pro typ **delta** není typická ztráta kontroly, ale neschopnost abstinence. Při přerušení konzumace alkoholu dochází k odvykacím příznakům daleko výrazněji než u předchozího typu. Nositel tohoto typu závislosti nemusí být nikdy opilý, ale také nikdy střízlivý. Takový typ najdeme zejména v románských zemích, především ve Francii a také v ostatních zemích kde se ve velké míře konzumuje víno. (Na tento typ se nehodí vývojová stadia závislosti.)
- Typ **epsilon** nalezneme v učebnicích psychiatrie často jako dipsomanií. Zatím jde o nejméně probádaný typ závislosti, a často se přidružuje k jiným duševním onemocněním jako je schizofrenie nebo epileptické rozklady.
- Typ **alfa** označuje neukázněné pití, kterém může vyústit ve společenské problém, není však nutně progresivní a nevede k úplné ztrátě kontroly, i když excesy se opakují. Podle potřeby je schopen tento typ své pití regulovat, aniž by musel přímo abstinovat.
- Typ **beta** si sice nevytvoří ani psychickou ani somatickou závislost na alkoholu, ale dlouhodobě dochází ke zdravotním komplikacím, jako jsou záněty nervů, žaludku či cirhóza.

2.2. Faktory ovlivňující vznik závislosti

Odborníci se shodují v tom, že dosud nebylo zcela jasně dokázáno, proč se zrovna někteří lidé stanou závislými na alkoholu. Jinými slovy, neexistuje jedna jasně deklarovaná příčina vzniku závislosti. Jellinek stanovil zatím neznámý fyziologický faktor X, který bude jednou objeven a objasní vysvětlení závislosti. (Kudrle in Kalina a kol., 2003, s. 41-51).

Prozatím tedy můžeme určitě souhlasit se Skálovým (1988, s. 21) celkem výstižným tvrzením, že nikdo se závislým na alkoholu nerodí. Závislost, alespoň jak se současní odborníci domnívají, vzniká působením mnoha různých faktorů.

Skála (1988, s. 23-29) na prvním místě uvádí **společenské** faktory, a upozorňuje zejména na sbližující účinek alkoholu, který s sebou nese velké riziko. Kolektivní popíjení v barech a hospodách si jistě každý z nás vybaví jako celkem běžný obrázek. Neméně vážným faktorem, který může vést k získání závislosti je nedostatečné nebo nesprávné trávení volného času, a to nejen u dospělých, ale především u mladistvých, kde je rizikovost několikanásobně vyšší. Dalším problémem je pak nezákonné podávání alkoholických nápojů mladistvým, či dokonce dětem, které je však přísně zakázáno Zákonem č. 379/2005 Sb, a to konkrétně v §12:

(1) Zakazuje se prodávat nebo podávat alkoholické nápoje

a) osobám mladším 18 let,

b) na všech akcích určených osobám mladším 18 let,

c) osobám zjevně ovlivněným alkoholickým nápojem nebo jinou návykovou látkou,

d) ve zdravotnických zařízeních,

e) v prostředích výlučně určených pro vnitrostátní hromadnou dopravu osob s výjimkou železničních jídelních vozů, palub letadel a určených prostor plavidel veřejné lodní dopravy,

f) na sportovních akcích, s výjimkou výčepního piva s extraktem původní mladiny do 10 hmotnostních procent,

g) ve všech typech škol a školských zařízení.

(2) Prodej alkoholických nápojů pomocí prodejních automatů, u nichž nelze vyloučit prodej osobám mladším 18 let věku, nebo umístěných v prostorách, do nichž mají vstup osoby mladší 18 let, se zakazuje. Veškeré další formy prodeje, při kterých není možno ověřit věk kupujícího, se zakazují.

Můžeme si všimnout, že podávání alkoholického nápoje by se nemělo dít ani u mladistvých, ale ani u osob, které jsou již viditelně pod vlivem alkoholu nebo jiné látky. Snaží se nám zákon naznačit, že prodejce alkoholu bere zodpovědnost za to, když nalévá viditelně podnapilému zákazníkovi? Zřejmě ano, i když dle mého mínění si prodejci (či barmani, číšníci) či tuto zodpovědnost nepřipouštějí, a možná ani dokonce neví, že je celkem jasně zakotvena v zákonné úpravě.

Vágnerová (2008, s. 547-575) k rizikovým faktorům přiřazuje i vliv městského prostředí – kde je snazší dostupnost návykové látky a snížená kontrola nežádoucího chování, podle mě logicky vyplývající z typické městské anonymity. Rovněž nižší míra vzdělání je podle ní rizikovým faktorem – může totiž způsobit určité sociální znevýhodnění, které v jistých situacích může vyústit k abúzu alkoholu. Na závěr zmiňuje i sociální deprivaci – například nezaměstnanost či jiný stav, které jedinci neumožní uspokojující seberealizaci. Vidíme tedy, že společenské podmínky a potažmo podmínky prostředí jsou velmi významnými faktory pro rozvoj vzniku závislosti.

K těmto jmenovaným sociálním faktorům přistupují ovšem i faktory **individuální** – zde se jeví Skálovi jako nejvýznamnější důsledky nepříznivého rodinného prostředí a nepříznivých

zážitků v dětství, které mají za následek citovou nezralost a nevyrovnanost daného jedince. Velkým osobním rizikem jsou situace, kdy má dotyčný rodinného příslušníka, který v nadměrném množství požívá alkohol – jak konstatuje Skála, špatný příklad otce vede spíše k napodobování, než že by odrazoval. (1988, s. 36).

I náhlá krizová situace v životě člověka může vést – i třeba jen dočasně – k sáhnutí po alkoholu jako po úlevném prostředku. Existuje však nějaký konkrétnější osobnostní profil osob závislých na alkoholu? Skála (1988, s. 38) zmiňuje, že četné výzkumy poukázaly na hojný výskyt úzkostlivých, citově nezralých lidí s pocitem osamocení a s malou psychickou odolností. Zde se rýsuje rizikový, takzvaně senzitivní typ osobnosti, který je charakteristický svou neschopností uvolnit své emoce standardním způsobem. Takový jedinec není schopen přiměřeně reagovat na silné citové prožitky. Při pocitu nedostatečnosti má však současně o sobě vysoké mínění, svoje kvality však kvůli ostýchavosti nedovede plnohodnotně uplatnit. Alkohol je pak pro něj jakýmsi klíčem pro uvolnění jeho zábran, kdy se dokáže chovat mnohem sebevědoměji a snáze se prosadí. Opakem, avšak také rizikovým typem, je pak osobnost s extrovertními rysy. Snadno se přátelí s ostatními lidmi, jsou veselí a vždy dobře naladěni. Takoví lidé se rádi stýkají se sobě rovnými, společenskými a často lehkomyšlnými typy lidí. Pití se pro ně stává zvykem, přičemž si neuvědomují, nebo možná si spíše nepřipouští, jeho rizika.

Je tedy zřejmé, že existuje mnoho osobnostních rysů, které člověka vystavují většímu riziku ve smyslu vytvoření si závislosti, avšak není žádný specifický rys, který by byl za vznik závislosti bezvýhradně odpovědný. Jak trefně poznamenává Skála (1988, s. 39) : „Nikdo není předurčen k tomu, aby se stal závislým na alkoholu, ale nikdo také nemá předem jistotu, že se jím nestane.“

Existuje také další sféra existence člověka, která může velkou měrou přispívat ke vzniku závislosti - a tou je sféra spirituální. Jemně ji naznačuje i Skála (1988, s. 41), když za jednu z příčin závislosti kromě výše uvedených jmenuje i absenci hlubšího životního smyslu. Kudrle (in Kalina a kol., 2003, s. 41-51) definuje spiritualitu jako něco, co nás přesahuje, k čemu se vztahují jako k nejvyšší autoritě nebo ideji. V posledních letech dochází k obecně nedostačujícímu uspokojování potřeb spirituálního naplnění, což vyvolává zejména fakt, že žijeme v konzumně zaměřené společnosti.

2.3. Vývoj závislosti

Cesta k závislosti na alkoholu není vždy stejná, přesto se obecně užívá definice vývojových stadií závislosti na alkoholu, tak jak je uvedl Jellinek (cit.dle Skála, 1988, s. 37-42). Prvním stadiem je tzv. stadium počáteční, kdy piják poznává účinek alkoholu jako drogy, která mu přináší pocit dobré nálady. Dávky se postupně zvyšují, aby se dosáhlo kýžených účinků. Nedochozí k agresivní intoxikaci. V druhé fázi, tzv. varovné, dochází ke skutečné opilosti, a to v čím dál kratších intervalech. Objevuje se vyhledávání osob se stejně vřelým vztahem k alkoholu a kolektivní popíjení. Z druhého stadia se mnoho pijáků dostává do stadia třetího – rozhodného, kdy se začíná objevovat slabší či silnější závislost. V tomto období se často objevují výpadky paměti, kdy si piják druhý den nedokáže přesně vybavit dění předešlého večera. V tomto stádiu se mnozí pijáci zaleknou toho, že je alkohol začíná ovládat, a mohou se ve svém pití zmírnit. Velká část se však propíjí do stadia čtvrtého, tj. konečného. Objevuje se pití po ránu i během dne, a tak hodnota alkoholu v krvi i několik dní nemusí klesnout na nulu. Nejvýraznějším rysem tohoto stadia je snížená odolnost vůči alkoholu. Ke stavu totální opilosti stačí i polovina dřívějšího množství. Je patrné zhoršení zdravotního stavu – třás rukou, pocity strachu, křeče apod.

Výše uvedená „pijácká kariéra“ spěje ve většině případů k silné závislosti, se kterou si dotyčný člověk sám neumí poradit.

2.4 Psychické poruchy vyvolané požíváním alkoholu

Raboch a Zvolský (2001, s. 182-186) uvádějí poruchy stanovené dle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. Některé si zde uvedeme pro ilustraci. Nejprve zmiňme **akutní intoxikaci**, neboli prostou podnapilost, kdy se objevuje psychické uvolnění, ztráta zábrán v kontaktu, mizí úzkost, a zvyšuje se sebevědomí. Nápadná je zejména porucha koordinace pohybů a zpomalené reakce, což je nebezpečné zejména u řízení automobilu nebo jiné činnosti, která z bezpečnostních důvodů vyžaduje precizní soustředění (obsluha strojů, manipulace s nebezpečnými látkami apod.). Lehké podnapilosti odpovídá hladina alkoholu (alkoholemie) do 1,5 promile. Hladina v rozmezí 1,5-2,5 promile odpovídá středně těžké opilosti, hodnoty nad 2,5 promile již značí těžkou opilost. Při alkoholemii kolem 5 promile dochází ke smrti.

Někdy se může dostavit zcela neobvyklá reakce, takzvaná **patická opilost**, která se vyznačuje poruchou vědomí s agresivním chováním, kdy takový jedinec může jednat i zcela proti svým zásadám. Jde o jakýsi „mráкотný“ stav, na který má jedinec mlhavou, anebo spíše žádnou

vzpomínku. Tento stav je podobný jiné poruše, jde o tzv. palimpsesty (okénka), které se vyznačují krátkými výpadky paměti na události během akutní intoxikace, kdy se však nevyskytly žádné abnormální reakce na alkohol. Je to dáno tím, že požitý alkohol zabránil uložení daných vzpomínek do paměti.

Škodlivé užívání potom vede v dlouhodobém horizontu ke zdravotním komplikacím jako je ateroskleróza s ní spojené riziko srdečního infarktu nebo cévní mozkové příhody, dále vředové poruchy, jaterní cirhóza, porucha slinivky, ledvin a dále. Pavlovský upozorňuje, že průměrná délka života alkoholiků je až o deset let kratší než u zbytku populace. Časté jsou deprese sebevražedné pokusy. Postupně se zvyšuje tolerance alkoholu, dostávají se několikadenní tahy, a objevují se i povahové změny, vytrácí se pocit odpovědnosti, jedinec také chorobně žárlí a narušuje svoje citové vztahy.

Jako typický **odvykací syndrom** se objevuje **delirium tremens**, ke kterému dochází většinou 24 až 36 hodin po posledním požití alkoholu, kdy jedinec prožívá poruchu vědomí, třes, pocení, psychomotorický neklid, úzkost, iluze a halucinace. Nezřídka může tento stav vést i ke smrti.

2.5 Sociální důsledky závislosti

Závislost na alkoholu však není zátěží pouze pro dotyčného jedince, ale má negativní vliv i na rodinné a širší sociální vazby. Závislý člověk přestává plnit svoje sociální role (rodičovská, role živitele rodiny, role manžela apod.), rodina se celkově odcizuje, již není prioritou závislého člověka. Velmi často je právě alkohol příčinou rozpadu rodiny. Závislý může mít rovněž problémy v zaměstnání – bývá nespolehlivý, přichází pozdě nebo vůbec, objevují se na něm známky podnapilosti. Pokud se jeho problémy vystupňují až k výpovědi ze zaměstnání, nastává riziko bezdomovectví, neboť není zajištěna ekonomická soběstačnost. Zužuje se i okruh lidí, se kterými se jedinec stýká, často se dostává do sociální izolace. (Chadima, 2007, s. 137-139)

Fischer a Škoda (2009, s. 116-123) rozlišují sociální důsledky na akutní a chronické. Akutní důsledek je například bezprostřední reakce okolí na zneužívání alkoholu, a tato reakce může vyústit v přerušeni styku či vztahu s jinou osobou, a dle pak zatčení nebo uvěznění. O chronický důsledek jde tehdy, je-li narušen rodinný či profesní život. Zde hrozí zejména nezaměstnanost, rozpad rodiny a kriminalizace.

Vágnerová (2008, s. 547-575) poukazuje trefně na skutečnost, že v české společnosti je velká tolerance k alkoholu a drobnější výkyvy nejsou považovány za závažné, z mého vlastního dojmu bych dokonce řekla, že jsou často až brány úsměvně. Alkohol má zkrátka nepopíratelnou sociální funkci, protože se běžně konzumuje při různých společenských příležitostech, jako jsou zejména oslavy. Jakmile ale někdo nedokáže odhadnout opakovaně míru a jeho chování se stává neadekvátním, tolerance okolí klesá či dokonce mizí.

Již jsme zmínili, že život rodiny se závislým člověkem je pro rodinu náročný materiálně, sociálně i psychicky. Postupně dochází k závažnému narušování rodinných vztahů a ke změně rolí – tedy alkoholik se nechová tak, jak vyžaduje jeho role v rámci rodiny a neplní svoje povinnosti. Stává se bezohledným k partnerovi i dětem. Postupně se dostává do pozice toho, kdo kazí rodinnou pohodu a kdo je ostatními členy trpěn s jejich tichým opovržením. Partner alkoholika je zde vystaven nesmírně velkému psychickému stresu, obzvláště jedná-li se o člověka s nižší psychickou odolností, který si nevytvořil žádný způsob úniku a setrvává víceméně v bezmocnosti. V krajní situaci se může stát i pasivní obětí této situace, kterou není schopen řešit, zejména pokud nevyhledá odbornou pomoc. Nepříjemným faktem je i to, že alkoholik snižuje sociální status celé rodiny, zejména v bližším okolí a na menších městech, kde nelze problém dostatečně „tajit“. Pokud alkoholik, který se podílí na ekonomickém fungování rodiny, ztratí vlivem své závislosti práci, je zde velké riziko materiálního strádání jeho rodiny.

Velkým problémem je pak pozice alkoholika v rodičovské roli. Vágnerová (tamtéž) upozorňuje, že může být negativně ovlivněn zdravotní stav dítěte nedostatečnou či nesprávnou výživou, mnohou být zanedbávány v oblasti hygieny apod. Dítě matky, která v těhotenství užívá alkohol v nepřiměřeném množství, může trpět tzv. fetálním alkoholovým syndromem (FAS), který kompletně poškozuje vývoj plodu. Tento syndrom byl poprvé popsán v roce 1968 ve Francii, a jedná se zejména o tři skupiny příznaků: růstová retardace, kraniofaciální dysmorfie (rysy dítěte vypadají „nehotově“) a postižení CNS. Četnost těchto dětí v populaci se odhaduje na 0,3%.

Alkoholik v roli rodiče je pro dítě rizikem i v jeho psychickém vývoji. Dítě v takové rodině může trpět nějakou formou deprivace, neboť rodina není pro něj primárním zdrojem jistoty a bezpečí. Takovýto stav se velmi pravděpodobně odrazí i ve školním prospěchu dítěte, neboť nedovede naplno uplatnit a rozvinout svoji inteligenci. Vágnerová uvádí, že děti se s rodičem

– alkoholikem spíše neztotožňují, v mnohem větší míře dochází ke ztrátě jejich respektu a děti si k dané osobě vytvoří až odpor.

Přítomnost alkoholika v rodině vede k různým vyústěním. Velmi často se taková rodina rozpadá, neboť alkoholik je z rodinných vazeb zcela vyloučen a hrozí mu skutečná sociální izolace, pokud nepřistoupí včas na možnost léčby. Pak je určitá naděje zachránit i jeho rodinu.

Pokud funkce rodiny není už tak příliš uspokojivá, nemusí k rozpadu dojít hned – alkohol má jakousi funkci „viníka“ všech rodinných problémů a léčba se od závislého člena rodiny očekává jako možnost všeobecné nápravy fungování rodiny. Pokud se ale problémy neřeší, může situace nakonec stejně vyvrcholit v rozpad rodiny. Pokud se podaří začlenit závislého do léčby a terapie, je nutné zapojit i celou rodinu, jinak by léčený v podstatě neměl naději na úspěch a riziko recidivy by bylo velmi vysoké. Je tedy nutné systematicky pracovat se členy rodiny a pokusit se o změnu konstelace rodinných rolí.

Také vlivem sociálního učení anebo potřebou úniku od negativní životní reality může však také dojít k tomu, že začínají pít i ostatní členové rodiny. (Vágnerová, 2008, s. 577-587)

Zajímavě definuje rozdíly mezi ženskou a mužskou závislostí na alkoholu Matoušek (1993, s. 129-132). Závislé ženy se věnují pití především skrytě, v domácnosti, zatímco muži popíjejí veřejně, ve společnosti. Alkohol má však na ženský organismus daleko horší vliv – ženy mají menší játra a menší obsah vody v těle. Ženy začínají pít spíše v reakci na náročnou životní situaci, na stres apod., zatímco muži spíše z hlediska větších příležitostí a konstitučních vloh k závislosti.

Ženské pití také podle Matouška ohrožuje rodinu mnohem více než pití muže, neboť rodinné záležitosti většinou leží právě na bedrech ženy. Muž má se závislou manželkou / partnerkou zpočátku trpělivost, ale pokud se situace nelepší, žádá o rozvod. Statistiky uvádějí až desetinásobně vyšší pravděpodobnost rozvodu v manželstvích, kde pije žena, ve srovnání s manželstvími, kde pije muž. Jsou to jistě zajímavá čísla, kde můžeme hledat příčinu? Možná že ženy mají se svými partnery větší trpělivost, a někdy až nerealistická očekávání, že zde stále existuje naděje vyřešení problémů, nebo také obava z ekonomické soběstačnosti rodiny po odchodu manžela apod. Matoušek v této souvislosti zmiňuje, že někteří muži závislých žen se sice nerozvedou, ale o to více se angažují v práci či mimomanželském vztahu. Reakce žen na závislého partnera bývá dle Matouška méně radikální – snaží se problémy skrývat před veřejností i před dětmi, zahlazují jeho ostudy a omlouvat jeho prohřešky. Některé ženy reagují i agresivně – výčitkami a někdy i fyzickým násilím.

Že důsledky soužití s alkoholikem jsou doslova devastující, zdůrazňuje i Woititzová (1998, s. 21), která se právě vlivům tohoto nelehkého soužití na ostatní rodinné příslušníky dlouhodobě zabývá. Varuje, že oni sami se stávají emočně nemocnými, protože jsou uvězněni v bezvýchodné situaci, z které si sami nejsou schopni pomoci. Klade důraz zejména na závažné stopy, které zanechají tyto zkušenosti soužití na dnes již dospělých dětech a na jejich životních postojích. Na základě práce s dospělými dětmi alkoholiků vymezila třináct společných rysů, které se pravidelně objevují u těchto jedinců:

1. Dospělé děti alkoholiků si nejsou jisty tím, jaké chování je normální.
2. Dospělé děti alkoholiků mají těžkosti při dotahování úkolů do konce.
3. Dospělé děti alkoholiků lžou v situacích, kdy by bylo stejně snadné říci pravdu.
4. Dospělé děti alkoholiků posuzují samy sebe bez slitování.
5. Dospělé děti alkoholiků mají problém se bavit.
6. Dospělé děti alkoholiků berou samy sebe velice vážně.
7. Dospělé děti alkoholiků mají problémy s důvěryhodnými vztahy.
8. Dospělé děti alkoholiků reagují nepřiměřeně na změny, které nemohou ovlivnit.
9. Dospělé děti alkoholiků neustále hledají a vyžadují pochvalu a ujištění.
10. Dospělé děti alkoholiků obvykle cítí, že jsou jiné než ostatní lidé.
11. Dospělé děti alkoholiků jsou buď mimořádně odpovědné, nebo mimořádně nezodpovědné.
12. Dospělé děti alkoholiků extrémně loajální, a to i tehdy, když vidí, že jejich loajalita je nezasloužená.
13. Dospělé děti alkoholiků jsou impulzivní.

Vidíme tedy, že vliv na budoucí život dětí žijících v rodině alkoholika je velmi zásadní. Na podkladě těchto poznatků je třeba si jasně říci, že rodinná terapie je zcela nenahraditelnou součástí léčby člena rodiny závislého na alkoholu.

3. Možnosti sociální práce s klientem závislým na alkoholu se zaměřením na prevenci

V předcházející kapitole jsme si naznačili, jak zásadní sociální důsledky přináší do životů jedinců i rodin fenomén alkoholismu. V této kapitole se pokusíme zjistit, zda sociální práce má potenciál, který může uplatňovat v práci s touto cílovou skupinou, jaké metody a techniky lze užívat, o jaké sociální služby se její provádění může opírat a celkově se pokusíme zhodnotit kompetence a možnosti sociálních pracovníků při ovlivňování tohoto fenoménu. Abychom si vytvořili lepší platformu pro vymezení možností sociální práce, nejprve považují za nutné alespoň ve stručnosti upřesnit některé teoretické formulace ohledně cílů a konceptu sociální práce.

3.1 Pojetí, cíl a některé pojmy sociální práce

Podle Matouška (2003, s. 11) je sociální práce „disciplína, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů. Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět.“ To je zajisté definice, se kterou můžeme souhlasit. Je zde jasný důraz na individualitu osobnosti a na její „potenciál“. Matoušek zde naznačuje jeden z pilířů sociální práce, a to právě důraz na jedinečnost každého klienta. Lidský potenciál je však velmi relativní pojem a podle mého názoru v jistém smyslu tento pojem souvisí i se „sociálním uplatněním.“ V Matouškově Slovníku sociální práce (2008) není pojem sociálního uplatnění uveden, ale domnívám se, že ho do jisté míry můžeme připodobnit s pojmem „sociální fungování.“ Ten podle Matouška (2008, s. 196) znamená zejména kvalitu společenských vazeb jednotlivce, která se posuzuje podle různých kritérií – dle kvality vztahů k lidem, využití vlastního potenciálu, plnění požadavků společnosti. Tento pojem pak reflektuje i schopnost klienta reagovat na nároky prostředí. Zde se nám rýsují určité kontury klienta, který má problémy se zvládnutím konzumace alkoholu, neboť lze usoudit, že neplní požadavky společnosti, nevyužívá svůj potenciál a kvalita jeho sociálních vztahů se může dostat skutečně k bodu mrazu, což vytváří sociální problém, který dle Matouška má sociální práce za úkol řešit. Osoba závislá na alkoholu, ať už v jakémkoliv stádiu závislosti, je tak legitimním klientem sociální práce.

Navrátil (2001, s. 10-14) přibližuje pojetí sociálního fungování u jiných autorů. Bartlettová (1987) považuje sociální fungování za rovnováhu mezi požadavky prostředí a reakcí lidí v něm žijících. Přičemž nerovnováha mezi těmito dvěma subjekty může být dána jak nedostatečným zvládním (copingem) ze strany klienta, tak i problémem na straně sociálního prostředí. Obě varianty jsou pak podle ní prostorem pro intervenci sociálního pracovníka. Zajímavá je pak definice Longrese (1995) jehož pojetí sociálního fungování je jakási „sociální pohoda“, které se váže ke schopnosti jedince zvládat očekávání spojená s jeho konkrétní rolí a statusem. Zde je zajímavé právě dotknutí se faktu, že zaprvé ne všichni lidé zastávají stejné role, a také zadruhé, že tutéž roli nezvládají všichni lidé stejně. Schopnosti vyrovnávat se s určitou rolí jsou podle mého názoru těsně spjaty s osobnostním profilem každého jedince, s jeho psychickou odolností atd. Přibírání nové role nebo naopak její ztráta (rodičovská, manažerská, nebo naopak role nezaměstnaného apod.) je v životě člověka velkým předělem a zátěží, a proto se domnívám, že každá taková změna role (můžeme též použít pojem sociální změna) je určitým rizikem pro narušení rovnováhy, tedy sociálního fungování. Navrátil (tamtéž) pak individuální konfiguraci faktorů ovlivňujících sociální fungování označuje jako „životní situaci“. Právě reflexe životní situace je podle něj prvním a nezbytným krokem pro užší vymezení intervence.

Poněkud ambivalentní je pojetí sociální práce u Jordana (1987), který na jedné straně vidí jako cíl pomoc klientům, na druhé straně je to jakási sociální kontrola a řešení či prevence sociálních problémů. To je podle něj zásadním dilematem současné sociální práce.

Opakem sociálního fungování pak může být „sociální selhání“ (angl. social failure) , kterým Matoušek (2008. s. 202), rozumí společenský neúspěch ohrožující svého nositele, popřípadě jiné osoby v jeho okolí. V anglosaském pojetí pojem mimo jiné zahrnuje právě závislost na alkoholu, společně s jinými jevy jako je kriminalita, suicidální jednání, nezaměstnanost či předčasné ukončení povinného vzdělání u dětí. V širším evropském pojetí zahrnuje také bezdomovectví, prostituci či příslušnost k sektám. Také zajímavě poukazuje na podobný obsah s více frekvencovaným pojmem sociální patologie. Vidíme tedy, že závislost na alkoholu je podle této terminologie srovnatelná s jinými závažnými sociálně patologickými jevy, a proto je sociální práce oborem, který se zdá být relevantním co do řešení této problematiky.

3.2. Charakteristika klienta závislého na alkoholu

Z toho, co jsme již zmínili, vyplývá, že sociální pracovník se ve své praxi skutečně setkává s nejrůznějšími druhy sociální patologie, a tedy je zlatým pravidlem sociální práce, že svým přístupem ke klientům by měla maximálně zohledňovat individualitu a specifika každého člověka. Pokud se zaměříme na klienty závislé na alkoholu, je nutné uvědomit si specifika jejich sociálního problému a přizpůsobit jim celou práci.

Klient závislý na alkoholu je, jak jsme již zmínili, sužován silnou touhou, neboli bažením po alkoholu. Motivace získat alkohol je mnohem silnější než motivace k abstinenci a „uzdravení“ sociálního života. Je velmi složité s takovým klientem pracovat. Můžeme pozorovat oslabení paměti či prodlužování reakčního času (tedy zhoršení postřehu). Bažení po alkoholu také zvyšuje riziko recidivy. Závislost na alkoholu způsobuje velmi často snížené sebeovládání – klient si špatně uvědomuje své emoce, popřípadě se může vyskytovat agrese. Klient často ztrácí zájem o své dřívější koníčky, či začne úplně zanedbávat rodinu, práci, přátele.

Alkoholismus, jako jakákoliv jiná závislost, zužuje spektrum uvědomění si reality, souvislostí a vlastní situace. Klient, s kterým se setkáme, se může nacházet v různých fázích řešení své závislosti. Může být ve fázi, kdy zachytíme počátky jeho „píjácké kariéry“, může to být v průběhu jeho medicínské léčby či se již setkáváme v rámci péče následné. Ve všech fázích přístup ke klientovi vyžaduje odlišné znaky.

Charakteristickým znakem prvního typu klientů je odmítání reality – tedy své závislosti. Ohrazují se, že kdykoliv mohou přestat pít apod. (Podrobněji popsáno v kap. 2.1 - dle Royce, 1989). Nezřídka chybí jakákoliv motivace ke změně. Zde zajímavě komentuje Vodáčková (2012, s. 426-440), že je rozšířený názor, že dokud klient sám nechce, nemá léčba smysl. Vodáčková však tvrdí, že právě systematický tlak ze strany rodiny, přátel, zaměstnání apod. může způsobit alespoň částečné klientovo uvědomění si nutnosti řešení situace a pravá motivace se pak začne vyvíjet po nastoupení odborné léčby. Nicméně v metodách sociální práce existuje řada způsobů, kterými lze klienta motivovat alespoň do té míry, že si uvědomí nutnost změny.

Pokud jde o klienta, který již absolvuje medicínskou léčbu, zde je důležitá maximální podpora a důraz na sebevědomí klientů, že danou situaci mohou zvládnout a vrátit se zpět ke svým sociálním vazbám. Také je důležitá prevence recidivy, připravit klienta na nesnadné období po opuštění ústavní léčby.

Klienti v rámci následné péče potřebují potvrdit správnost svého jednání, podporu v návratu k „zdravému“ stylu života a k rodinným vazbám, zejména ve smyslu prevence recidivy, která je bohužel u závislých velmi častá – podle statistik až 40%. Nejvíce alkoholu propadají v posledních letech údajně ženy kolem čtyřicítky – typicky rozvedené, se dvěma dětmi a také životními problémy. Ročně se jich přijde na pražské protialkoholní oddělení u Apolináře léčit kolem sedmdesáti. Zhruba dvacet jich přichází opakovaně a dalších dvě stě se jich po úspěšné abstinenci účastní doléčovacích programů. (Prevence a léčba závislosti na alkoholu, 2013, online)

3.3 Možnosti sociálního pracovníka jako podpůrce změny a motivace

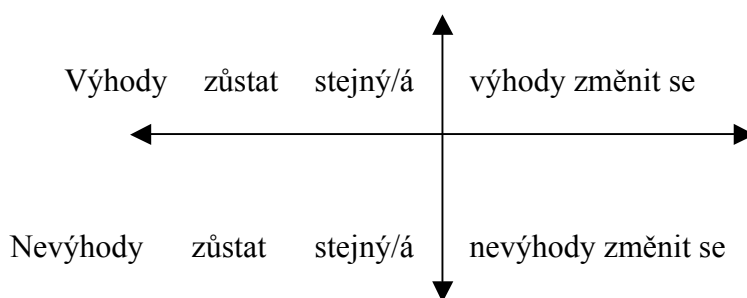
Zásadními pojmy v úloze sociální práce se závislými na alkoholu jsou *motivace* a *změna*. Ideálně tedy ve spojení : *motivace ke změně*. Přičemž motivace musí vycházet z nejhlubšího nitra klienta, jedině tak je šance na skutečnou realizaci změny a vytrvání v nové životní situaci. Motivace se odvíjí od latinského *movere*, tedy pohybovat se, hýbat se. Můžeme tedy říci, že sociální pracovník by se měl snažit „pohnout“ myšlením klienta, probrat s ním zevrubně jeho situaci a prodiskutovat přínosy možné změny. Jinými slovy, měl by se podílet na vytvoření motivace a jejím posílení. Neboť proces motivace je velmi proměnný, jak ilustruje Nešpor (2011, s. 61):

- **Nestojí o změnu** (chce pokračovat v návykovém chování)
- **Rozhodování** (váhá, zda se změnit)
- **Rozhodnutí** (rozhodl se pro změnu)
- **Jednání** (uskutečňuje změnu)
- **Udržování** (udržuje si dobrý stav)
- **Recidiva** (návykové chování)

Na výčtu vidíme, že z jakéhosi apatického stavu se klient dostává do rozhodování, zda změnu chce, potom ji uskutečňuje, avšak i v relativně dlouhé fázi, kdy si udržuje abstinenci, hrozí recidiva – Nešpor rozlišuje pojmy lapsus (krátkodobá recidiva, kdy se člověk vrátí velmi rychle zpět k abstinenci) a relaps (recidiva, která trvá delší dobu a klient si prochází opět všemi výše ilustrovanými fázemi o poznání déle, než je tomu u lapsu.)

V každém stadiu tohoto kruhu je určitý optimální způsob, jak jednat s klientem, což je velmi důležité pro sociálního pracovníka, který svou intervencí může napomoci správné orientaci klienta na změnu situace.

Ve fázi, kdy klient **nestojí o změnu**, jak uvádí Nešpor (2006, s. 26-28) je dobré využít tzv. negativní motivace – tedy si uvědomit problémy, které klientovi přináší pití alkoholu – ať už fyzické nebo psychické. Probrat s klientem vše, co mu na jeho závislosti vadí, v čem mu překáží a tím mu pomoci si uvědomit, jaké výhody by měla změna směrem k abstinenci. V této fázi může být užitečné ilustrovat si s klientem čtyři kvadranty změny (QEDGROUP, 2013, s. 12):



Jak autoři této matice trefně konstatují, vždy je dobré zmínit všechny čtyři varianty, a nikoliv jen to, jaké výhody má změna – to působí jako laciné přesvědčování. Na příkladu to můžeme ilustrovat.

Výhody zůstat stejná: *Pravděpodobně budete nějakou dobu ještě uspokojivě unikat před realitou a jejími problémy, a budete zažívat krátkodobé pocity osvobození a lehkosti.*

Nevýhody zůstat stejná: *Po nějaké době budete na sobě pociťovat první následky nezdravé konzumace alkoholu – únavu, horší trávení, zhoršenou schopnost soustředění, nespavost atd. atd. Budete mít problémy se vztahy v rodině a v práci, nebudete schopna plnit svoje povinnosti. Riskujete svůj sociální status.*

Výhody změnit se: *Zlepší se váš zdravotní stav, snížíte riziko nádorových onemocnění. Budete v lepší fyzické a psychické kondici, dokážete naplno využít svůj potenciál. Budete se moci věnovat své rodině a pěstovat přátelské vztahy.*

***Nevýhody změnit se:** Budete se potýkat s velkým bažením po alkoholu, které však znatelně opadne po třech měsících. Tento syndrom ovšem může nastat i po době delší třech měsíců. Budete se muset po zbytek života naučit odmítat alkohol a existovat i mezi pijáky.*

Tzv. Syndrom třetího měsíce definuje Nešpor (2006, s.67) jako rizikové období od počátku abstinence – závislý nějakou dobu abstinuje a proto má zdánlivou kontrolu nad svou závislostí, a lehce může situaci podcenit tím, že si dá např. po obědě pivo. Toto může ovšem vést až k nepříjemné recidivě

Takto má klientka kompletní přehled o tom, co jí které rozhodnutí přinese a může se snáze rozhodnout pro stávající stav či změnu své situace. Je možné, že vzhledem ke stadiu odmítání změny klient nebude tyto argumenty přijímat, proto je nutné je nevnucovat, ale z pozice sociálního pracovníka nabídnout odpovídající sociální služby. Je namístě nabídnout další poradenství zaměřené na alespoň základní stabilizaci klientovy situace v rodině, zaměstnání.

Ve stadiu **rozhodování**, stále platí filosofie negativní motivace, avšak už by měla silnit role pozitivní motivace – tedy uvědomit si výhody toho, když je klient střízlivý. Zde by měla matice změny být zcela akceptována, neboť klient je ochoten posoudit komplexně další možnosti více než v předešlém stadiu. Pokud se klient rozhodne pro změnu, je namístě definovat konkrétní oblasti změny i s časovým harmonogramem.

Ve stadiu **uskutečňování změny** je důležitá kombinace obou typů motivace s tím, že nyní je třeba upevňovat klientovo rozhodnutí pro změnu a nastavit takové úpravy životního stylu, které by mu pomohly vytrvat. Řada závislých v této fázi nastupuje léčbu. Pomáhá stanovit jasná očekávání a popsat stav po ukončení léčby – tak, aby klient měl před očima jasný předobraz sama sebe jako cíl, kterého chce dosáhnout.

Ve fázi **udržování abstinence** již nemusí nutně být léčba či terapie tak intenzivní, ale přesto je dobré udržovat kontakty s terapeutickou či svépomocnou skupinou pro posilování dobrých zvyků. Pokud dojde k úplné absenci těchto aktivit, které udržují člověka v „abstinentské kondici“, hrozí mnohem vyšší riziko recidivy.

A konečně, jsme-li ve fázi, kdy **klient opět začíná pít**, platí opět velká úloha negativní motivace a je velmi důležité recidivu zastavit, a s klientem důsledně analyzovat příčiny jeho

relapsu a kroky, které by do budoucna tomuto zabránily. Tedy není na místě prohlubovat pocity viny, ale naopak vyvodit z toho cenná doporučení.

3.4 Možnosti sociálního pracovníka jako koordinátora sociálních služeb

Pokud už pracujeme s klientovou motivací ke změně, je velmi žádoucí toto podpořit vhodnou nabídkou sociálních služeb. Nyní si nastíníme, jaké vhodné služby, zakotvené v Zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb., může sociální pracovník nabídnout klientovi závislému na alkoholu ke zlepšení jeho sociálního fungování.

Sociální poradenství

Tuto službu v základním rozměru by měl být každý sociální pracovník schopen poskytnout, tj. udělat jakési šetření klientovy situace, stanovit konkrétní problematické oblasti, dát doporučení, předat další kontakty na případné odborné poradenství a doporučit související sociální služby. V rámci odborného poradenství je vhodné využívat adiktologických poraden, kde je obvykle klientovi k dispozici multidisciplinární tým (psycholog, lékař, soc. pracovník apod.). V těchto poradnách, provozovaných z iniciativy města, občanského sdružení či ministerstva zdravotnictví, ale jsou i instituce zřízení kongregací duchovní (např. Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze, kde je například dětské detoxikační oddělení) se potom poskytují rozmanité druhy sociálních služeb, zejména terapie, a to jak individuální, tak skupinové.

Služby sociální péče

Domov se zvláštním režimem

Jednou z takových služeb, resp. zařízení je Domov se zvláštním režimem, kde se závislým na návykových látkách poskytuje zvláštní péče, s důrazem na volnější, domáctější režim. Probíhá zde různý program, zahrnující i sociálně terapeutické služby, aktivizační služby a to vše s důrazem na individuální přání klientů. Je tedy možné toto zařízení využít jako dočasné prostředí pro stabilizaci klientových návyků, anebo pokud závislost způsobila vážné zdravotní či psychické problémy, může zde pobyt být i dlouhodobější. Klade se zde velký důraz na spolupráci s rodinnými příslušníky. Příkladem takového zařízení je Domov se zvláštním režimem v Terezíně.

Telefonická krizová pomoc

Je vhodné klientovi nabídnout kontakt na některou z telefonických krizových linek, v případě, že bude pod vlivem alkoholu v situaci, která bude vyžadovat asistenci jiné osoby, může pomoci rovněž v případě, kdy bude klient zažívat atak bažení po alkoholu - kontakt s odborníkem, byť po telefonu, může přinést alespoň částečnou úlevu a stabilizovat situaci. V Praze je to například Anonymní AT linka, nebo linka důvěry v rámci Centra krizové pomoci Bohnice.

Azylové domy

Tento typ sociální služby je velmi důležitým milníkem, který může v klientově životě znamenat rozdíl mezi ztrátou sociálního statutu ve smyslu bezdomovectví, a návratem k běžnému životu, tedy jakousi reintegrací. Azylové domy mohou poskytnout klientovi, který kvůli své závislosti zcela ztratil svoje zázemí, novou oporu na cestě ke změně. Nicméně, toto zařízení nesupluje záchytnou stanici či terapeutický program, a proto je důležité, aby klient měl svoji závislost pod kontrolou, a mohl se tak soustředit na obnovu svého sociálního fungování, v čemž azylový dům může napomoci poskytnutím základního bezpečí.

Domy na půl cesty

Pokud se klient právě zbavil své závislosti, ale nemá uspokojivé zázemí, či si není jist, zda zvládne samostatně fungovat dle očekávání společnosti, může sociální pracovník nabídnout využití nejbližšího domu na půl cesty. Je to přechodný pobyt, který umožňuje klientům, často ve velmi nízkém věku, získat bezpečné sociální prostředí, v kterém jsou podporováni k získávání sociálních, ekonomických, pracovních a jiných návyků, které jim umožní po určitě době plynulý přechod do běžného života. Je zde kladen důraz na získávání soběstačnosti, například podporou při hledání vhodného pracovního místa

Nížkoprahová zařízení pro děti a mládež

Velkou roli může toto zařízení hrát u dospívajících, kteří jsou ve fázi, kdy jsou ohroženi zneužíváním alkoholu, zejména ve smyslu preventivního faktoru. Dospívající klient zde získává jednak možnost pravidelného programu, setkání s vrstevníky, jeho životní situace je předmětem zájmu odborného personálu, který by měl vyvíjet snahu o změnu vývoje jeho vztahu k alkoholu a postoji k životu vůbec, ideálně ve spolupráci s rodinnými příslušníky, umožňuje-li to klientova situace.

Noclehárny

Pokud je klient dočasně bez přístřeší a není možnost jiného ubytování, např. v azylovém domě, či domu na půl cesty, je krátkodobým řešením využití noclehárny (např. v Praze na lodi Hermes), kde je nicméně podmínkou, aby klient nebyl pod vlivem alkoholu.

Služby následné péče

Služby následné péče jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované klientům závislým na návykových látkách, kteří absolvovali lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, ambulantní léčbu nebo osobám, které abstinují. Tato forma služby může mít podobu chráněného bydlení, terapeutické komunity či ambulantního terapeutického programu, který je velmi vhodný po ukončení ústavní léčby ze závislosti ve zdravotnickém zařízení. Zde probíhá upevnění klientových správných návyků, včetně klíčové prevence relapsu, klient se udržuje v již výše zmiňované „abstinentské kondici“.

Terapeutické komunity

Terapeutická komunita je součástí tzv. doléčovacího programu či jinak řečeno – je v podstatě službou následné péče. Komunity totiž přijímají své klienty převážně v té fázi, kdy mají za sebou úspěšnou ambulantní či ústavní léčbu své závislosti – a své služby mohou poskytovat pobytově či ambulantně.

Jako příklad uvádím program terapeutické komunity v Kladně (TK Kladno, 2013, online):

TERAPEUTICKÉ KOMUNITY - POBYTOVÝ PROGRAM

Tento fázový program komunitního typu je určen pro klienty, kteří absolvovali léčbu závislosti na alkoholu a nealkoholových drogách.

I. fáze (2 - 16 týdnů): režimový psychoterapeutický program

II. fáze (2 - 3 týdny) aktivní hledání zaměstnání

III. fáze pravidelné zaměstnání, individuální program

AMBULANTNÍ SLUŽBY

a) individuální psychoterapie následné péče (pro klienty po absolvování řádné léčby závislosti). Podmínkou je ochota důsledně abstinovat a pravidelně po dobu nejméně 6 měsíců docházet a tréninky abstinčního životního stylu,

b) motivační psychoterapeutická skupina pro ty, kteří se rozhodli abstinovat od návykových látek a nemají absolvovanou základní léčbu závislosti. Program trvá 6 měsíců, 1x týdně skupinová terapie,

c) psychoterapeutická skupina pro osoby blízké osobám závislým (rodiče, partneři). Cílem je zvládnání života se závislým členem rodiny a účinná spolupráce při jeho rozhodnutí abstinence.

Vhodnou indikací výše uvedených sociálních služeb může sociální pracovník zásadně ovlivnit další vývoj klientova vztahu k alkoholu a k životu obecně. Při koordinaci a indikaci služeb je nutné brát v potaz různé faktory, které určují klientovu situaci – tedy vnímat klienta v bio-psycho-sociální jednotě s přihlédnutím k jeho spirituálnímu určení. Velmi je důležitá také klientova úroveň motivace ke změně – neboť u drtivé většiny sociálních služeb se předpokládá alespoň elementární motivace pro změnu své životní situace. Při indikaci sociálních služeb je často žádoucí i konzultace s kolegy mimo obor sociální práce – tedy například s psychologem/psychiatrem, lékařem apod.

4. Problematika primární prevence

Z dosud uvedeného jednoznačně vyplývá, že problém rizikové konzumace alkoholu je v naší společnosti již historicky zakotvený, a že cesty zákona či vůbec státní regulace a dohled je do značné míry omezený. Je proto třeba hledat jiné cesty, jak efektivně ovlivňovat vztah společnosti, zejména té dospívající, ke konzumaci alkoholu. Tou cestou může a měla by být právě primární prevence.

4.1 Metodika prevence

Metodika prevence se dělí do třech skupin. Bavíme-li se o **primární prevenci**, myslíme tím práci se „zdravou“ společností, tedy spíše jakýsi edukační směr, který ukazuje možné následky nezdravého vztahu k alkoholu. Primární prevence se realizuje například ve školách, v rodinných centrech a jiných institucích. V Praze se této činnosti věnuje například Pražské centrum primární prevence (PCPP), které vzniklo v roce 2008. Od roku 2010 je jedním z oddělení Centra sociálních služeb Praha. Podílí se zároveň na mapování rizikových faktorů na území města a akademickém výzkumu.

V problematice primární prevence je velmi důležité stanovit, jaké cílové skupině se chceme v dané aktivitě věnovat, zejména podle věku:

Předškolní věk (3-6 let):

Cílem primární prevence v předškolním věku je zakotvit zdraví jako důležitou životní hodnotu, kterou je třeba chránit. Uvědomovat si možná nebezpečí a možnosti, jak se těmto nebezpečím vyhnout. Součástí primární prevence v tomto věku je podpora vytváření zdravých sociálních vztahů mimo rodinu.

Mladší školní věk (6-12 let)

Cílem primární prevence v tomto věku je prohlubovat dovednosti, jak chránit své zdraví a rozvíjet sociální dovednosti. Zároveň předat jednoznačné informace o škodlivosti alkoholu, včetně vymezení základních pravidel týkajících se užívání.

Starší školní věk (12-15 let)

Cílem primární prevence ve starším školním věku je rozvoj sociálních dovedností především v navazování zdravých vztahů mimo rodinu, v schopnosti čelit sociálnímu tlaku, dovednosti

rozhodovat se, efektivně řešit konflikty apod. V tomto věku má preventivní činnost velmi významnou funkci, vzhledem k vytváření vrstevnických skupin, a dalších psychických změn probíhajících v tomto věku.

Mládež (15-18 let)

Cílem primární prevence v tomto věku je podpořit postoje a normy proti zneužívání alkoholu, nabízet pozitivní alternativy trávení volného času, seznámit s možnostmi řešení obtížných situací včetně možností, kam se obrátit v případě problému spojených s užíváním návykových látek.

Dospělá populace

Cílem primární prevence u dospělé populace je podávání objektivních informací z oblasti problematiky závislostí a odbourávání mýtů spojených s jeho (zne)užíváním.

Napříč věkovou kategorií se pak profilují skupiny, které jsou ohroženy více než ostatní:

- děti závislých rodičů
- hyperaktivní děti
- děti s problematickým postavením ve skupině či rodině
- handicapované osoby
- děti ze sociálně slabých či vyloučených skupin
- nebo naopak děti z nadstandardně ekonomicky zabezpečených rodin

Pokud máme stanovenou sílovou skupinu, pak jako další krok v aplikaci primární prevence je stanovit si, jakou formu, vzhledem k věku a prostředí skupiny zvolíme.

Nejefektivnější, avšak také nejnáročnější program pro zúčastněné strany, je dlouhodobý program, kdy se kontinuálně spolupracuje se školami/zájmovými organizacemi apod.

Zajímavý je také tzv. peer program neboli vrstevnický program, kdy vybraní jedinci z totožné sociální skupiny jsou „pověřeni“ posilovat znalosti a negativní postoje k návykovým látkám mezi ostatními členy skupiny. Nejběžnější jsou nicméně jednorázové besedy či přednášky, kdy je v různé míře vyžadována interakce s lektorem. Vždy je žádoucí předávat informace v souvislostech, avšak srozumitelně a s praktickými příběhy či ukázkami (videa apod.), za podpory co nejvíce faktů.

Pro co největší efekt primární prevence je dobré dodržovat několik základních principů – nepracovat s příliš velkou skupinou (jako maximum se doporučuje 30 účastníků), snažit se o co nejvíce interaktivní formu. Zároveň by měla být umožněna návaznost na odborné zařízení v psychosociální síti služeb. V neposlední řadě by měly z obsahu programu vyplývat alternativy vedoucí ke zdravému způsobu trávení volného času a potažmo celého způsobu života. (Žáková, 2009, online)

Jak zdůrazňují Heller a Pecinovská (2011, s. 197-207), primární prevence se musí vyhnout jednostrannému odstrašování tím, že bude zdůrazňovat pouze negativní a varovné informace, a musí se vykonávat s co největší citlivostí.

Například v nízkoprahových denních centrech pro děti a mládež se tato prevence aplikuje za pomoci nenásilné komunikace odborníků s účastníky denních programů, při snaze co nejvíce přirozeným způsobem ovlivnit jejich postoje a podpořit zdravý způsob trávení volného času.

Pokud se jedná o **prevenci sekundární**, ta má za úkol včas zajistit odbornou pomoc a uzdravení ve smyslu bio-psycho-sociálním.

Nakonec se dostáváme k **terciární prevenci**, která má za úkol zabránit v návratu akutního stadia závislosti, tedy podporovat návyky a mechanismy získané v průběhu léčby a terapie.

Ve sféře sekundární a terciární prevence se o pole působnosti dělí zejména obor zdravotnictví a sociální práce.

Zajímavé je i to, že za pouhé zneužívání alkoholu, potažmo jiné návykové látky nehrozí z hlediska legislativy žádný trest, jelikož z pohledu práva sebepoškozování není trestné. Pouze pokud pod vlivem takové látky člověk jedná v rozporu s obecnými či právními normami, je možné ho stíhat. (Heller, Pecinovská, 2011, s. 197-207)

Proto je prevence skutečně téměř jediný prostředek, jak zabránit dospívajícím a dospělým získat patologický vztah k alkoholu. Což jak konstatuje již doktor Mečíř, v letech 1984-1990 přednosta Psychiatrické společnosti ve své publikaci Alkoholismus nezletilých (1963), způsobuje velmi snadná dosažitelnost alkoholu. To ukazuje z historického pohledu už zásah Veřejné bezpečnosti z roku 1962, kdy z 8224 kontrolovaných hostinských podniků 636 z nich nalévalo nezletilým, přičemž se celkem v těchto zařízeních nacházelo 230 podnapilých osob před dovršením osmnáctého roku věku z celkem 1913 přítomných. V současné době městská

police pořádá tyto zásahy též pravidelně - například zásah prováděný v březnu 2013, kdy městská policie Prahy 6 zkontrolovala 12 restaurací a 108 osob, z toho 4 osoby absolvovaly dechovou zkoušku na alkohol s pozitivním výsledkem, z nichž jedna byla dívka, která měla v krvi 1,33 promile. Další případ zásahu je z Prahy 2, kdy strážníci v únoru 2013 kontrolovali 82 osob pohybujících se na diskotékách v barech, a z toho dvě dívky mladší 18 let prokázaly požití alkoholu. (Městská policie hlavního města Prahy, 2013, online)

Vyjádřeno procenty, zásah z roku 1962 prokázal 12% podnapilých nezletilých, zatímco současné zásahy ukazují podíl těchto osob průměrně na hodnotě 3%. Můžeme tedy usoudit, že se zlepšil systém restrikcí a pokut pro zařízení, která ignorují zákon, anebo svou roli hraje i primární prevence? O tom můžeme zřejmě pouze spekulovat, nehledě na to, že vzorek který srovnáváme, je spíše pro zajímavost a nemá velkou vypovídací hodnotu. Druhým aspektem, který souvisí se snadnou dosažitelností, je i nízká cena – leckdy nižší než cena nealkoholických nápojů. Celá situace je ztížena i existencí lihové lobby, podobně jako u tabáku. Tedy zatímco nelegální drogy mohou být postihovány velmi represivně, alkohol je „droga“ tolerovaná a ve své podstatě zcela legální.

Doktor Mečíř také, zcela v souladu se současnou praxí a názory, doporučuje zahájit primární prevenci již od sedmi let věku dětí, přičemž klade důraz na fakta oproti moralizování.

4.2 Specifika alkoholu pro dospívající

Dospívající by v ideálním případě neměl přijít s alkoholem do styku – to je obecný úzus podložený zákonem. Věková hranice stanovena ze zákona pro konzumaci alkoholu je v naší zemi 18 let, nicméně v USA či Japonsku se mohou alkoholické nápoje podávat až od 21 let věku. Což má svoje důvody – u dětí a dospívajících nastávají otravy i po nízkých dávkách alkoholu, jelikož se alkohol pomaleji odbourává. Rovněž závislost se vyvíjí mnohem rychleji než u dospělého člověka. Alkohol je pro mladistvé často můstkem z zakoušení jiných návykových látek – je tu touha experimentovat, „ukázat“ se před partou. Pod vlivem alkoholu je také vyšší riziko násilného chování či trestné činnosti. Opilost s sebou často nese i úrazy a rizikové situace jako řízení pod vlivem alkoholu. Velmi zásadním důsledkem je poškození nově vznikajících sítí nervových mozkových buněk, což oslabuje intelekt a zhoršuje např. schopnost se učit. V neposlední řadě zde také hrozí nezodpovědné sexuální chování spojené s otupělou citovostí a existuje zde i riziko přenosu pohlavních chorob. (Nešpor, 2006, s. 113-120)

4.3 Rodina jako základ prevence

Jakkoliv je role školy a zájmových organizací nezastupitelná, jádro prevence a vtištění norem a postojů je v rodinném prostředí. Výchova v rodině je skutečným jádrem, které dává dítěti základní vzorce chování, také ovšem v závislosti na typu rodinné výchovy.

Nešpor a Csémy (1994, s. 23-24) rozlišují čtyři typy rodinné výchovy:

- Přijímající rodič – má o dítě zájem, povzbuzuje ho, je citlivý k jeho potřebám a názorům
- Odmítající rodič – je vůči dítěti kritický, málo ho povzbuzuje, nevyhledává fyzický kontakt
- Omezující rodič – vše řídí jasnými pravidly, často trestá, vyžaduje velkou míru bezvýhradné poslušnosti, není citlivý k potřebám dítěte
- Povolný rodič – nestanovuje pravidla, podléhá nátlaku, nechává nepřiměřenou volnost dítěti

Nejlepší kombinaci výchovných typů vzhledem k prevenci nežádoucího vztahu k návykovým látkám je rodič přijímající a alespoň středně omezující. Děti, které jsou pod přehnaným dozorem či dokonce psychickým tlakem, nemají vyrovnanou psychiku a jsou náchylnější k zneužívání alkoholu či jiných látek. Totéž děti, kteří nemají v rodině žádné jasné mantinely. Pokud volíme správnou kombinaci výchovných typů, je velmi pravděpodobné, že k nám dítě má vybudovanou důvěru. Důvěra je základ pro jakoukoliv práci s dítětem.

Velmi důležité je umět dítěti *naslouchat*. Dítě totiž hovoří nejen slovy, ale především výrazem tváře, těla, gestikou a podobně. Je-li rodič pozorný, může z celkového projevu dítěte poznat, zda se děje něco neobvyklého. V takovém případě je žádoucí citlivě povzbuzovat dítě ke sdělení více informací jednoduchými otázkami, avšak jak trefně konstatuje Nešpor a Csémy (1994, s.25-29), musíme si být jisti, zda dokážeme unést odpověď – zlostná či ironická odpověď mohou způsobit blok v další komunikaci.

Jedním z důvodů, proč mladý člověk sáhne po alkoholu, je nuda a jakási lenivá zvědavost. Pokud člověk není vázán ke zdravé skupině lidí, snáze podlehne tomuto pokušení. V rodině se takovéto přilnutí ke zdravému způsobu trávení času dá velmi dobře podpořit. To je možné

jednak posílením vazby na rodinu tím, že se účastní provozu domácnosti a má možnost o jistých věcech také rozhodovat.

Ideální je podpořit i jeho mimoškolní aktivity – velmi účinnou prevencí je aktivní účast ve sportovních skupinách, divadelních kroužcích a jiných zájmových skupinách. Rodiče tak mají přehled, s kým a kde se jeho dítě stýká. (Nešpor, Csémy, 1994, s. 29-35)

Již jsme zmínili, že zdravě nastavená pravidla v rodině napomáhají dítěti získat jistotu v jeho chování. Některá taková pravidla přímo souvisejí s prevencí proti nežádoucí konzumaci alkoholu – a to je pravidlo „Žádný alkohol u nezletilých.“ Je to přísné, ale vědecky podložené pravidlo. Je jasné, že dospívající mohou mít výhrady – nejčastěji mohou argumentovat tím, že to „mají pod kontrolou“ a že „už nejsou děti, ale cítí se dospěle“. Na tyto argumenty je třeba reagovat, ale nikoliv nutně mravokárně – dobré je mimo jiné vysvětlit, jaké zdravotní následky může mít konzumace alkoholu v tomto nízkém věku. Velmi účinné je také předem stanovit, jaké následky bude mít neuposlechnutí tohoto „zlatého“ pravidla o nulové toleranci alkoholu – odebrání kapesného, dřívější večerka apod. Je ale stále nutné zdůrazňovat dobro dítěte, které máme na mysli jako prioritu. I když je celkem namístě očekávat, že dítě tento argument nebude kvitovat s nadšením. Zároveň má rodič plné právo ověřit si, s kým a kde se jeho dítě skutečně stýká, zda nezanedbává kroužky apod. I když to dítě bude chápat jako porušení důvěry, rodič by měl umět vysvětlit, že na prvním místě je v tomto případě zájem o blaho dítěte.

Je tedy nasnadě, že rodič může pro ochranu svého dítěte před patologickým vztahem k alkoholu udělat velmi mnoho. Přesto je klíčovým faktorem to, jaký má sám rodič postoj k alkoholu, cigaretám apod. Pokud alkohol konzumuje s mírou, nepovažuje ho za základ zábavy (např. při návštěvách, oslavách), má velmi vysokou šanci, že jeho potomek podvědomě získá k alkoholu podobně vyrovnaný vztah. Nicméně, není pravidlem, že kdo alkohol konzumuje pravidelně, jeho potomek nutně musí zneužívat alkohol, spíše bude mít těžší pozici pro argumenty o nulové toleranci alkoholu před dosažením 18 let. Pak je namístě vysvětlovat, že alkohol v jeho věku má mnohem negativnější následky než ve věku dospělém.

Přes veškerou snahu o prevenci se může stát, že dítě přijde domů a očividně je pod vlivem alkoholu. Nešpor a Csémy (1994, tamtéž) doporučují několik kroků:

- Zachovat klid, a podle možností zjistit, kolik a jakého alkoholu dítě konzumovalo

- Pokud chování nasvědčuje o možných zdravotních a jiných komplikacích, je namístě volat lékaře
- Během noci se opakovaně přesvědčit o stavu dítěte
- Nevyslychat, rozhovor odložit na dobu, kdy dítě bude schopno komunikovat
- Následně navázat rozhovor, zjistit důvod konzumace a vyjádřit svůj nesouhlas s tímto konáním
- Přemýšlet, jak zabránit opakování tohoto incidentu

Jakmile se situace bude opakovat, je vhodné vyhledat odborníky a poradit se s nimi o dalších krocích.

4.4 Dokumenty k primární prevenci

Ze všeho výše uvedeného vyplývá, že problém se závislostí na alkoholu není rozhodně marginální, o to více je překvapující konstatování autorů metodiky prevence Nečesané a Peška (2009, s. 25), že v ČR v podstatě neexistuje dlouhodobý a systematický primární preventivní program, a již vůbec ne takový, který by byl zaměřen na problematiku užívání alkoholu mezi mladými lidmi. Přesto existuje řada dokumentů, které vnímají jako nutnost preventivně působit na mladou populaci. (Nečesaná, Pešek, 2009, s. 9-15)

Národní strategie protidrogové politiky a Akční plán 2010-2012

Tento dokument prováděl mapování současného stavu v různých oblastech české protidrogové politiky v roce 2009 – přičemž jedna z oblastí dokumentu se věnuje formou SWOT analýzy i primární prevenci a výstupy jsou následující:

- Silné stránky – existuje finanční podpora z centrální úrovně – možnost financování z evropských zdrojů
- Slabé stránky – nerovnoměrné rozložení programů primární prevence v rámci ČR, neefektivní organizování programů ve školách, chybí specifické programy pro úzce profilované skupiny,
- Příležitosti – zvýšit zájem veřejnosti o primární prevenci užívání alkoholu a jiných návykových látek, standardizovat programy realizované ve školách,

využívat nové komunikační technologie, zlepšit systém vzdělávání v dané oblasti pro pedagogické i nepedagogické pracovníky

- Hrozby – nevymáhání zákona č. 379/2005 Sb., vysoká tolerance k užívání alkoholu, zapojování neodborníků do primární prevence

Tato zjištění bude na období 2013-2018 řešit Akční plán.

Program 21

Tento dokument je také znám pod delším názvem Zdraví pro všechny v 21. století, a zahrnuje program pro zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva – jde o mezinárodní program Světové zdravotnické organizace. Je definováno 21 cílů jak vybudovat fungující model komplexní péče o zdraví společnosti, včetně mladých lidí. Hlavní zodpovědnost za plnění programu má vláda a její Rada pro zdraví a životní prostředí. Konkrétně cíl 4 se jmenuje „Zdraví mladých“ a je zaměřen na vytvoření podmínek, za kterých budou do roku 2020 mladí lidé schopni žít zdravější život.

Koncepce státní politiky pro oblast dětí a mládeže na období 2007-2013

Studie, které jsou zahrnuty v tomto dokumentu, popisují několik trendů v hodnotové orientaci mladých lidí. Podle studií roste význam ekonomické prosperity a kariéry jako prostředku k získání majetku, oproti tomu klesá kvalita smyslového život, stejně jako spoluzodpovědnost za druhé. Vnitřní svět je chudý, bez podnětů, proto roste zájem o alternativní způsoby naplňování duchovna, jako užívání drog a alkoholu. Roste vliv médií, který formuje virtuální idealitu života a z povrchně prožívání mladých lidí na materiální úroveň. Dokument si rovněž všímá způsobu trávení volného času mladých lidí, kdy z výzkumů vyplývá, že nejčastější činností je sledování televize.

Strategie MŠMT pro prevenci rizikových projevů na 2009-2012

Tento dokument navazuje na již proběhlou Strategii z let 2005-2008, a podle něj se stále nedaří zajistit podmínky pro práci školních metodiků prevence, a rovněž dokument stále spatřuje problém v podceňování preventivní práce na samotné úrovni státní správy. Součástí této Strategie je i SWOT analýza, který mapuje oblast primární prevence u dětí a mládeže:

- Slabé stránky – nedostatečná spolupráce škol s rodiči, neochota rodičů podílet se na prevenci, absence prevence v rodinách, neobornost pedagogů (např. právního povědomí)
- Hrozby – malá motivace pedagogů vyvíjet aktivitu, která nemá viditelný okamžitý výsledek, malá kontrola dodržování, vysoká tolerance k legálním drogám, narůstající trend agresivity a násilí ve společnosti

Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních, č.j. 20 006/2007-51

Tento dokument zavádí několik pojmů v oblasti primární prevence, přičemž základním pojmem je právě primární prevence sociálně patologických jevů u žáků – kdy základním principem strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže ve školství je výchova žáků ke zdravému životnímu stylu, k osvojení pozitivního sociálního chování a zachování integrity osobnosti.

Dále dokument hovoří o nesespecifické primární prevenci, kam zahrnuje veškeré aktivity podporující zdravý životní styl a osvojování pozitivního sociálního chování prostřednictvím smysluplného využívání a organizace volného času, například zájmové, sportovní a volnočasové aktivity a jiné programy, které vedou k dodržování určitých společenských pravidel, zdravého rozvoje osobnosti, k odpovědnosti za sebe a své jednání.

Vedle toho je zde zmínka i o primární prevenci specifické, za což označuje aktivity a programy, které jsou zaměřeny specificky na předcházení a omezování výskytu jednotlivých forem rizikového chování žáků. Jedná se například o prevenci, která je zaměřena na žáky, u nichž lze předpokládat zvýšenou hrozbu rizikového chování nebo takovou prevenci, která je zaměřena na jednotlivce a skupiny, u nichž byl zaznamenán vyšší výskyt rizikových faktorů v oblasti chování, problematických vztahů v rodině, ve škole nebo s vrstevníky.

Za efektivní prevenci tento dokument považuje takovou prevenci, která je komplexní a kontinuální, interaktivní, zaměřená na zkvalitnění komunikace, nenásilné zvládání konfliktů, odmítání návykových látek, zvyšování zdravého sebevědomí, zvládání úzkosti a stresu apod.

Naopak neúčinná prevence je taková, která používá prvky zastrašování, citové apely, pouhé předávání informací, samostatně realizované jednorázové akce, potlačování diskuse, anebo

promítání filmu – takové aktivity by měly být pouze doplňkem, na který by měl vždy navazovat rozhovor v malých skupinkách.

Dále dokument rozděluje zodpovědnosti mezi jednotlivé orgány, které participují v primární prevenci. V přílohách se potom řeší konkrétní doporučení pro problematiku prevence – nalezneme zde například doporučení vybudovat si intenzivní vztahy s Policí v daném obvodě a také udržovat kontakt s Preventivně informační skupinou Policie ČR. Dále je zde návod pro řešení situace, kdy je ve škole identifikován jedinec pod vlivem alkoholu – tedy neprodleně informovat zákonného zástupce a popřípadě také orgán sociálně-právní ochrany dětí a zajistit dítěti lékařskou pomoc, vyžaduje-ji to jeho stav. (*Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních, č.j. 20 006/2007-51, online*)

5. Praktická část - dotazníkové šetření

V této části diplomové práce jsem se soustředila na praktický pohled na praxi sociálních pracovníků a jejich názor na riziko zneužívání alkoholu mezi dospívajícími, s nimiž pracují.

5.1 Cíl dotazníkového šetření

Cílů dotazníkového šetření je několik. Hlavním cílem je zjistit, zda v praxi sociální pracovníci vnímají u svých svěřenců riziko zneužívání alkoholu, zda se s ním setkávají, jak rozšířený případně výskyt tohoto fenoménu zaznamenávají a jak s takovým rizikem pracují. Dílčím cílem je pak zjistit, zda vnímají původ tohoto problému v rodinné konstelaci. Jinými slovy, je zde snaha zjistit, zda sociální pracovníci přikládají důležitost své role v ovlivňování výskytu tohoto neblahého fenoménu a jak vnímají tuto důležitost na straně rodiny a školského zařízení.

5.2 Hypotéza

Domnívám se, že toto dotazníkové šetření potvrdí moji hypotézu, že se v současné společnosti potýkáme s nemalým rizikem zneužívání alkoholu a v návaznosti pak se závislostí, a u dospívajících je toto riziko významně vyšší, vzhledem k vývojovým potřebám jejich organismu a křehkosti jejich psychického vývoje. Vzpomeňme na statistiku dle Koncepce státní politiky pro oblast dětí a mládeže na období 2007-2013, kdy podle jejich informací z výzkumů pravidelně konzumuje téměř 80% mladých lidí. To není rozhodně číslo, které by nebylo alarmující. Není zde sice blíže specifikována míra této konzumace, avšak zde zaznívá slovo „pravidelně“, což je samo o sobě minimálně znepokojující. Zejména, vzhledem k tomu, že tento dotazník cílí na oblast nízkoprahových zařízení, zde očekávám výskyt konzumace také na převažující úrovni, vzhledem k mnohdy nefunkčním rodinám těchto dětí a dospívajících, je zde ze strany rodiny nulová či minimální aktivita ve smyslu dozoru nad školní docházkou, skupinou vrstevníků nebo trávení volného času. Jak již zaznělo v předchozích kapitolách, velkou příčinou experimentování s alkoholem i jinými návykovými látkami je především nuda, tedy vyprázdňený a neorganizovaný charakter volného času. Řečeno čísly, domnívám se, že výskyt pravidelné konzumace alkoholu bude ve zkoumaném vzorku kolem 80%. Také předpokládám potvrzení mého názoru o propojení problému zneužívání alkoholu se situací v rodině. Co se týče vnímání sociálních pracovníků a jejich rolí v tomto systému problematiky, zde očekávám převažující odpovědi ve smyslu důležitosti

jejich role v ovlivňování tohoto fenoménu – a v dotazníku je i prostor pro vyjádření konkrétních metod ovlivňování a dalších doporučení. Z těchto výsledků poté formulují závěry a případná další doporučení pro i mimo obor sociální práce.

Tedy shrnuto:

Hypotéza č. 1: Riziko zneužívání alkoholu bude vnímat převážná většina sociálních pracovníků.

Hypotéza č. 2: Převážná většina dospívajících z cílové skupiny respondentů bude mít pravidelné zkušenosti s alkoholem.

Hypotéza č. 3: Většina dotázaných sociálních pracovníků bude považovat rodinnou situaci za zásadní vliv na patologický vztah k alkoholu u dospívajících.

Hypotéza č. 4: Většina sociálních pracovníků (80%) nebude považovat programy na školách za efektivní.

5.3 Cíloví respondenti a šetřený vzorek

Dotazník byl směřován na sociální pracovníky, kteří pracují v sociálním zařízení pro děti a dospívající – tedy především v nízkoprahových zařízeních, domech na půl cesty apod.

Tedy šetření o výskytu rizika fenoménu alkoholismu či přinejmenším jeho pravidelného užívání tento dotazník směřuje především na dospívající více vystavené tomuto riziku, jak jsme již zmínili výše – rodinné aspekty, nedostatečně kvalitní sociální vazby a nezdravé trávení volného času.

5.4 Metoda sběru dat

Dotazník byl připraven vlastní v deseti uzavřených i otevřených otázkách, jeho podobu jsem převedla do online dotazníku na webu www.surveymonkey.com, a odkaz spolu s průvodním komentářem jsem odesílala jako odkaz na kontakty jednotlivých sociálních zařízení na webových a také facebookových stránkách. Oslovila jsem takto 40 zařízení, které jsem žádala o vyplnění dotazníku svými pracovníky.

5.5. Výsledky dotazníkového šetření

Vyplněný dotazník jsem obdržela v 31 případech.

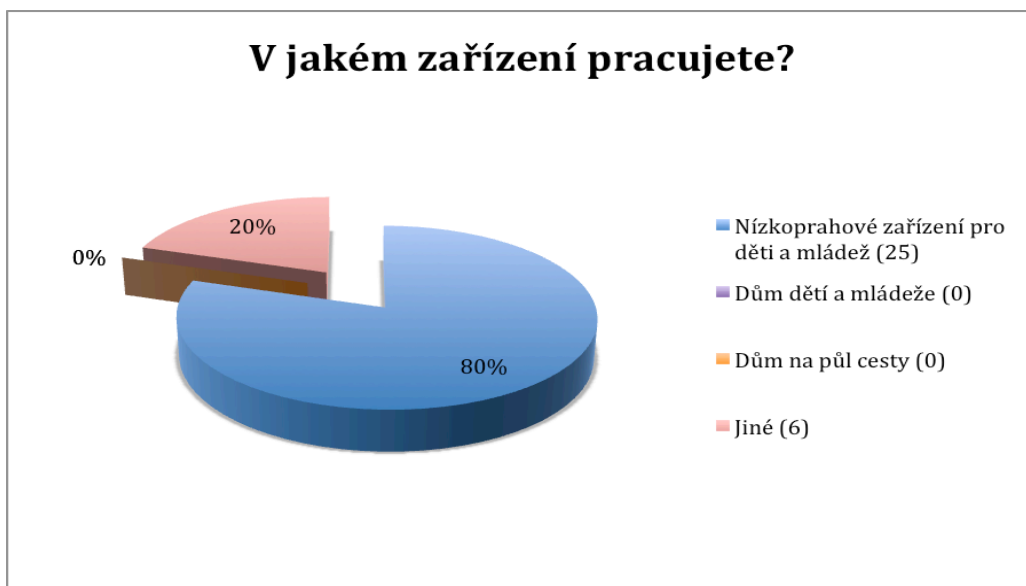
Otázka č. 1: S jakou věkovou skupinou dětí pracujete?



(Graf č. 1)

Zde vidíme, že skupiny sociálních pracovníků jsou vyrovnané. Mapujeme tedy vyrovnaný vzorek v celkovém věkovém rozmezí 12-18 let.

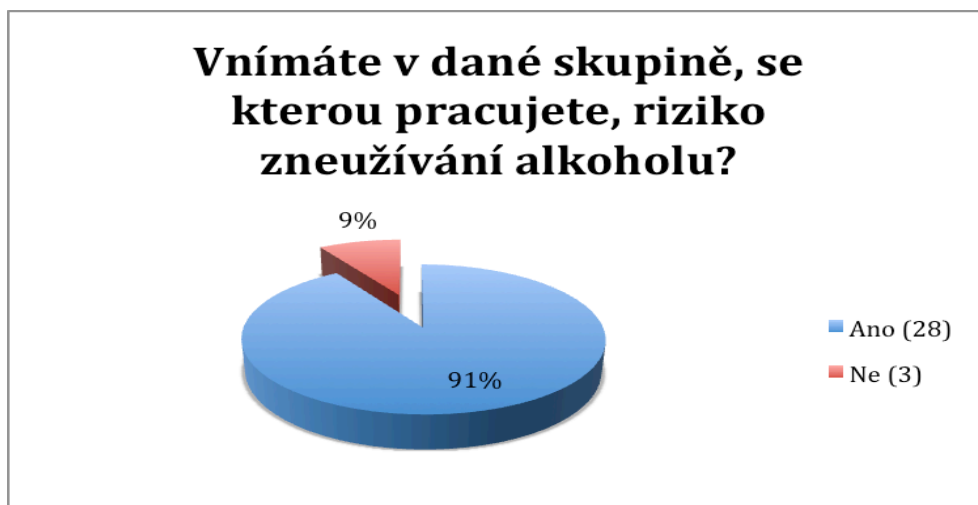
Otázka č. 2: V jakém zařízení pracujete?



(Graf č. 2)

Zde vidíme, že nejčastěji vyplňovali dotazník pracovníci nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, jejichž hledisko bude obsahovat dle mého názoru velmi zajímavé poznatky, jelikož tito pracovníci navazují se svými svěřenci nezřídka kontinuální vztah, a mohou s těmito dospívajícími dlouhodoběji pracovat, což jak jsme si řekli výše u metodiky primární prevence, je velmi důležité z hlediska úspěšnosti takového preventivního působení. Z jiných zařízení to byly dále čtyři odpovědi od pracovníků zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc a dvě odpovědi od pracovníků terénního programu.

Otázka č. 3: Vnímáte v dané skupině, se kterou pracujete, riziko zneužívání alkoholu?



(Graf č. 3)

Na tomto výsledku vidíme, že významná většina zde riziko vnímá. Tři respondenti mají opačný názor, tedy riziko nevnímají.

Otázka č. 4: Kolik procent ze skupiny má podle vašich informací zkušenosti s alkoholem?



(Graf č. 4)

Téměř polovina respondentů sdělila, že zkušenosti s alkoholem má až 80% ze skupiny dospívajících, se kterou pracují. V porovnání s předchozí otázkou můžeme říci, že přestože přes 90% respondentů vnímá riziko škodlivého užívání alkoholu, reálné zkušenosti u většiny svěřenců s alkoholem zaznamenává jen polovina z nich a necelá třetina pak prohlašuje, že zkušenosti mají všichni z jeho okruhu svěřenců. Vidíme tedy, že převážná část cílové skupiny dospívajících, kteří jsou v různé podobě objektem sociálních pracovníků, mají skutečně zkušenosti s alkoholem.

Otázka č. 5: Kolik procent z vaší cílové skupiny pravidelně konzumuje alkohol?

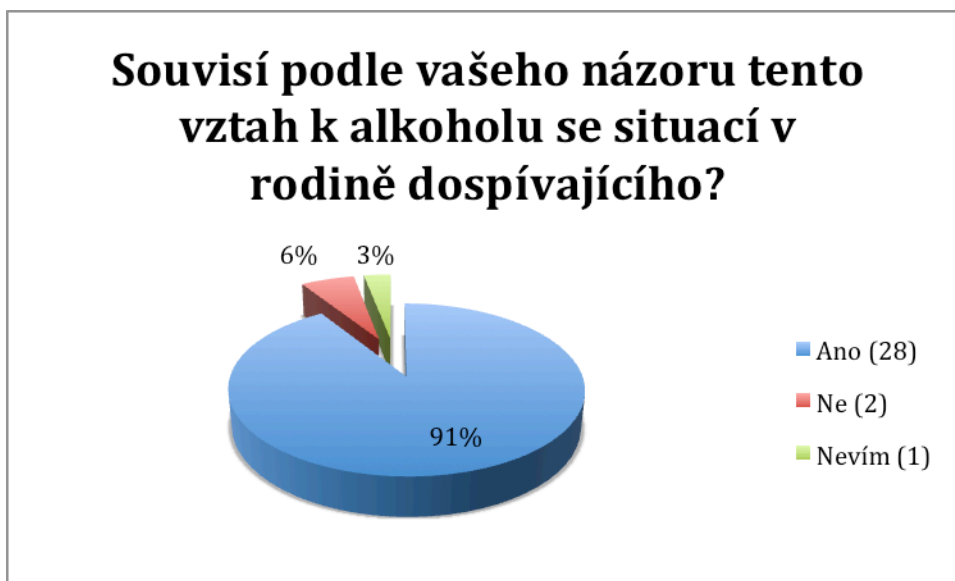


(Graf č. 5)

Na grafu vidíme zajímavý výsledek. 37% uvádí, že jejich svěřenci konzumují alkohol pravidelně v 80%, což je, vzpomeňme, hodnota, kterou uvádí v jisté podobné definici statistika Koncepce státní politiky pro oblast dětí a mládeže na období 2007-2013 (online), která uvádí, že 78% mladých lidí pravidelně konzumuje alkohol. Nevíme sice, co přesně znamená definice „mladých lidí“, ale může se zdát celkem logické, že pokud až 80% dospívajících pravidelně konzumuje alkohol, tak těchto až 80% alkohol konzumuje i dále, po dosažení 18 let. Je tedy nasnadě konstatovat, že pokud si dospívající osvojí návyk pravidelné konzumace alkoholu v raném věku, v této konzumaci pokračuje, neboť jak se shodují odborníci, návykovost je v tomto nižším věku vyšší a intenzivnější. Domnívám se, že málokdo začíná alkohol konzumovat skutečně až ve vyšším věku, tedy že si skutečně pozitivní vztah k alkoholu mladá společnost buduje už od raného věku dospívání. Znovu se tedy ukazuje, jak zásadní je toto období pro zahájení intenzivní prevence.

Druhou nejčastější odpovědí respondentů bylo, že pravidelně alkohol nekonzumuje nikdo (27%). Nicméně z předchozích odpovědí vyplývá, že jakousi zkušenost má podle převažujících odpovědí 80-100% dospívajících z cílové skupiny, tedy jde zřejmě o jednorázové zkušenosti, či takové, které nelze nazvat pravidelnými.

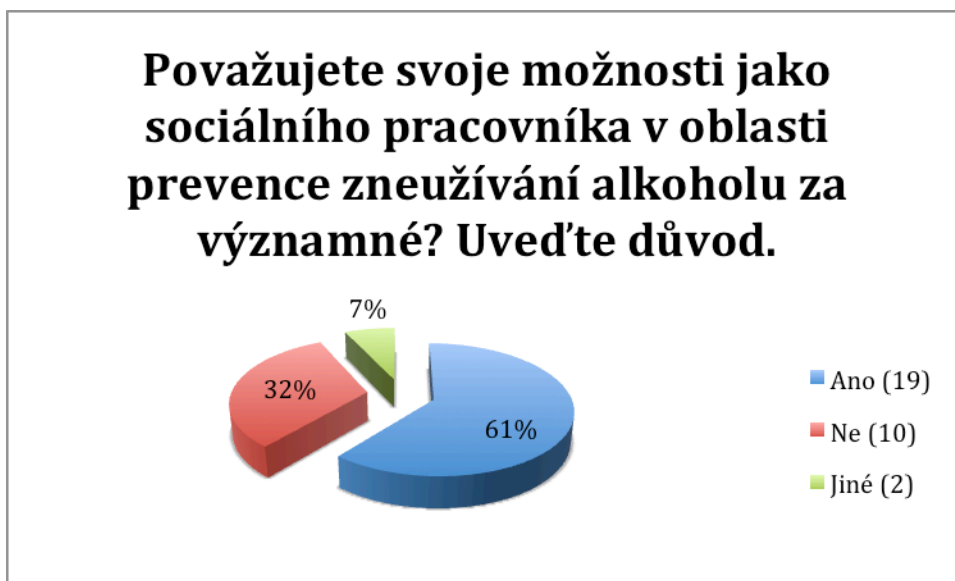
Otázka č. 6: Souvisí podle vašeho názoru tento vztah k alkoholu se situací v rodině dospívajícího?



(Graf č. 6)

U tohoto grafu vidíme celkem výrazně převažující názor sociálních pracovníků, že situace v rodině má za přímý následek kromě jiného také konzumaci alkoholu. Znovu si tedy potvrzujeme, že rodinná konstelace má zásadní vliv na možný vznik patologického vztahu dospívajícího člena k alkoholu.

Otázka č. 7: Považujete svoje možnosti jako sociálního pracovníka v oblasti prevence zneužívání alkoholu nezletilými za významné? Uveďte důvod.



(Graf č. 7)

Nadpoloviční většina považuje svoje možnosti významné, což je dle mého názoru pozitivní fakt. Naproti tomu víc jak 30% svoje možnosti jako významné nevnímá – bohužel tyto respondenti neuvedli důvod. Z odpovědí Jiné pak vzešly dvě odpovědi volnou formou:

„Ano, zaměření se na sekundární prevenci, popř. na terciální.“

„Významnější jsou společenské normy. U nás je norma pít a děti to dobře ví. Dokazují si, že jsou už velké tím, že pijí. Významná je také rodina. Ve své práci mohu nejvíce zmírnit následky a zaměřit se na harm reduction, v oblasti primární prevence je to hodně o trávení volného času. Pokud nefunguje rodina, je to složité.“

Otázka č. 8: Jaké konkrétní metody používáte k ovlivňování vztahu svých svěřenců k alkoholu?

Tato otázka byla položena jako otevřená, proto zde uvedu body, které vyplynuly z volných odpovědí (příčemž opakující se odpovědi jsou uvedeny jen jednou):

- *Dotazování se, proč pijí*
- *Nabízení jiných alternativ trávení času*
- *Zahánění nudy*
- *Informace o rizicích*
- *Informace o tom, co mají dělat, pokud nastane krizová situace (někdo přebral, ztratil se, je v bezvědomí atd.)*
- *Informace o trestnosti a následcích, které to může mít pro rodinu*
- *Informace, kde všude se alkohol nesmí požívat*
- *Předávání tištěných materiálů*
- *Skupinové a individuální rozhovory*
- *Hry zaměřené na toto téma*
- *Příklady praxe*
- *Besedy na toto téma*
- *Workshopy na výjezdech*
- *Trest ve chvíli, kdy zjistíme, že je pod vlivem, odměna, pokud nějakou dobu fungují bez problémů*

Na odpovědích je znát, že pracovníci se snaží zejména přímou komunikací, ať už individuální, tak skupinovou, odhalovat rizika a zároveň působit i interaktivní formou, což považují za vhodný způsob. V podstatě bych konstatovala, že z těchto odpovědí je zřejmé, že oslovení sociální pracovníci používají ve své práci pro ně dostupné možnosti ovlivňování. Co zde ale například není vůbec uvedeno, je pokus o navázání kontaktu s rodinou, tedy zřejmě působení v současné chvíli je omezeno na práci s konkrétním jednotlivcem.

Otázka č. 9: Považujete programy prevence na školách za efektivní?



(Graf č. 8)

Na grafu vidíme, že téměř 60% nevidí preventivní programy na školách jako efektivní. Z odpovědi Jiná vyplynuly tři komentáře:

„Nemohu zcela posoudit, nevím, ale efektivní asi nejsou, když je alkohol tak oblíbený a rozšířený.“

„Záleží na organizaci, myslím, že má střední efekt... někdy je a někdy není efektivní.“

„Jak které, záleží na zkušenostech lektorů.“

Otázka č. 10: Jaká doporučení v oblasti primární prevence byste uvedli?

Opět se jednalo o otevřenou otázku, proto uvedu též body, které vyplynuly z dotazníků:

- *Aktivní trávení volného času, nejhorší je nuda*
- *Posílit sebevědomí jedince, aby nenásledoval dav*
- *Dát informace*
- *Nedémonizovat alkohol, o to větší je to pak lákadlo, alkohol byl, je a bude, je na každém z nás, za jakých okolností a v jaké míře ho budeme užívat*
- *Děti berou alkohol jako náhražku přechodového rituálu do světa dospělých – tedy poskytnout jim přechodový rituál a stvrdit jejich dospělost, aby si ji nemuseli dokazovat pitím alkoholu, a respektovat je jako partnery, klást důraz na jejich osobní odpovědnost*
- *Preventivně dělat exkurze v léčebnách, azylových domech pro bezdomovce, kteří se do svých potíží dostaly díky alkoholu*
- *Více komunikace s dětmi, komunikace i s rodiči*
- *Využívat více peer program, více příběhů vrstevníků, kteří mohou předat negativní zkušenost – informace v rámci besed nejsou účinné, pouhé předávání informací nemá vliv na změnu chování*

5.6 Vyhodnocení stanovených hypotéz

Hypotéza č. 1: Riziko zneužívání alkoholu u cílové skupiny dospívajících bude vnímat převážná většina sociálních pracovníků.

Na grafu č. 3 vidíme výsledné rozložení názorů – 91% dotázaných sociálních pracovníků vnímá ve své cílové skupině toto riziko. Tato hypotéza se tedy potvrdila.

Hypotéza č. 2: Převážná většina dospívajících z cílové skupiny respondentů bude mít pravidelné zkušenosti s alkoholem.

V grafu č. 5 vidíme, že 37% uvedlo, že z jejich cílové skupiny pravidelně konzumuje alkohol až 80%. Nicméně druhá nejčastější odpověď (27%) zněla, že z jejich skupiny nikdo pravidelně alkohol nekonzumuje. Hypotézu bych považovala za potvrzenou tehdy, pokud by převážná většina respondentů odpověděla, že u nich pravidelně konzumuje alkohol až 80% nebo až 100% svěřenců, což se liší od reálného poměru odpovědí. Tuto hypotézu tedy nepovažuji za zcela potvrzenou. Nicméně graf č. 4 zobrazuje pak jakoukoliv zkušenost s alkoholem, a tady čísla hovoří blíže k této hypotéze – zkušenost (nepravidelnou) s alkoholem má dle nejčastějších odpovědí 80-100% z cílové skupiny.

Hypotéza č. 3: Většina dotázaných sociálních pracovníků bude považovat rodinnou situaci za zásadní vliv na patologický vztah k alkoholu u dospívajících.

Graf č. 6 vyjadřuje, že 91% dotázaných považuje rodinnou situaci a vztah k alkoholu u dospívajících za související. Tato hypotéza se tedy potvrdila.

Hypotéza č. 4: Většina sociálních pracovníků (80%) nebude považovat programy na školách za efektivní.

Z grafu č. 8 můžeme konstatovat, že 58% dotázaných sociálních pracovníků nevnímá tyto programy jako efektivní, naproti tomu 32% je jako efektivní vnímá. Tuto hypotézu tedy považuji za spíše nepotvrzenou, vzhledem k tomu, že očekávaná hodnota 80% se nenaplnila.

5.7 Diskuze

Hlavním cílem dotazníkového šetření bylo zjistit význam rizika patologického vztahu k alkoholu u dospívajících, kteří v nějaké míře využívají služeb sociálních zařízení, tedy mapovali jsme vzorek mladých lidí mezi 12 a 18 lety, kteří svou životní situací mohou být náchylnější k vytvoření patologického vztahu k alkoholu. Zkoumaný vzorek jistě není natolik rozsáhlý, abychom jeho výstupy mohli vztahovat na celou populaci, nicméně i tak zde můžeme odvodit určité závěry. Z většiny se jednalo o respondenty z nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, kde je významným faktorem možnost dlouhodobějšího působení na okruh dospívajících, kteří nezdědka dochází pravidelně a je tedy možno více efektivněji preventivně působit. Že k preventivnímu působení je legitimní důvod ukázaly odpovědi, kdy 91% toto riziko u svých svěřenců vnímá a dále jsme zjistili, že převážná část cílové skupiny dospívajících, kteří jsou v různé podobě objektem sociálních pracovníků, mají skutečně zkušenosti s alkoholem. Také jsme zjistili zajímavou korelaci mezi konstatováním statistiky Koncepce státní politiky pro oblast dětí a mládeže na období 2007-2013, která uvádí, že 78% mladých lidí pravidelně konzumuje alkohol, a výsledkem našeho dotazníku, kdy téměř 40% uvedlo, že jejich svěřenci pravidelně konzumují alkohol v 80%. Vyjádřila jsem domněnku, že pakliže 80% mladých lidí (berme tedy osoby po dovršení 18 let věku) pravidelně konzumuje alkohol, jsou to návyky získané právě v raném věku dospívání, a proto je důležitost preventivního působení právě v tomto období velmi výrazná.

Dále jsme si celkem jednoznačně potvrdili, že rodinná situace skutečně dle názorů respondentů má zásadní vliv na zvládnutí či nezvládnutí vztahu k alkoholu u dospívajících. Přesto v konkrétním výčtu, jakými metodami se snaží sociální pracovníci tento fenomén ovlivňovat, jakákoliv zmínka o interakci s rodinou zcela chybí. Což zajisté není zřejmě chybou právě sociálních pracovníků, ale zřejmě celkovou filosofií a metodikou poskytování sociálních služeb zejména tedy u nízkoprahových zařízení. Z dalších metod zde pak nejčastěji zněly rozhovory, interaktivní workshopy a různé hry – je pozitivní, že sociální pracovníci vnímají jako důležité právě co nejvíce aktivně zapojit do těchto aktivit svoje svěřence namísto pouhého informování.

Co se týče programů na školách, tuto otázku jsem do dotazníku zařadila i z osobní zvědavosti, jelikož si sama pamatuji, jakou formou jsme byli poučováni o škodlivosti drog, ovšem o alkoholu padla zmínka maximálně v jedné hodině občanské výchovy. Názory sociálních pracovníků na tyto školní preventivní programy se liší – nedá se říci, že by je drtivá většina nepovažovala za efektivní. Zároveň zde ale určitě existuje prostor pro zlepšení. Co se týče konkrétních doporučení pro oblast primární prevence, zde se objevilo několik

zajímavých pohledů. Za klíčový problém dle odpovědí považují dotázaní právě management volného času, nuda, která přiměje dotyčné experimentovat, o to více, pokud se scházejí s vrstevníky podobně nezakotvenými. Také zaznělo doporučení posílit sebevědomí jedince, aby nenásledoval dav v užívání alkoholu. To je myslím velmi cenné doporučení, jelikož oblast sebehodnocení a sebevědomí s touto problematikou dle mého názoru úzce souvisí a práce na zvyšování sebevědomí je skutečně práce dlouhodobější, proto je ideálním prostředím k tomuto působení právě nízkoprahové zařízení, které má v dané lokalitě stabilní působnost a dokáže vytvořit jakousi záchrannou síť. Jedním z dalších doporučení bylo rovněž nedémonizovat alkohol, tedy přehnaně nezakazovat, ale spíše o něm otevřeně hovořit, pojmenovat rizika, zde je možno i využít čtyři kvadranty změny (viz kapitola 3.3), popsat, co se bude dít pozitivního a negativního, když budou pokračovat v konzumaci alkoholu. Osobně si myslím, že jakákoliv neautentičnost v přístupu sociálních pracovníků je ze strany dotyčných dospívajících velmi rychle odhalena, a že jediná cesta je skutečná otevřenost a upřímnost. Což navazuje na další odpověď, a to je vyjádření konzumace alkoholu jako přechodového rituálu do světa dospělých. Vždyť většina dospělých alkohol konzumuje, byť je to sklenička piva po obědě. Zajímavý pohled – v doporučení zaznělo, poskytnout jiný druh tohoto přechodového rituálu – zejména právě partnerský přístup, uznání jejich dospělosti a důraz na jejich osobní odpovědnost za následky konzumace alkoholu – jak na ně samé, tak na okolí. To je myslím cenné doporučení také pro rodinné působení.

Zajímavý je i návrh na zážitkovou prevenci – tedy exkurze v azylových domech, léčebnách apod. Je asi neoddiskutovatelné, že takový zážitek si v sobě návštěvníci odnesou a ačkoliv si nemyslím, že samotná návštěva těchto zařízení dokáže odvrátit celé riziko, přesto jsou lidé, které by návštěvníci v zařízeních viděli, jakousi vizualizací toho stavu, který by nastal, pokud by svou konzumaci alkoholu nezvládli, což je určitě pozitivní. S tím souvisí i doporučení více využívat peer program mezi vrstevníky – na rozdíl od návštěvy „nějakých“ lidí v léčebně apod. je vrstevnický příběh mnohem silnější a dotyční se s ním snáze ztotožní.

Závěr

Ve své práci jsem se snažila v počátečních kapitolách nastínit, s jak tradičním fenoménem se zde setkáváme. Problémy s konzumací alkoholu se objevují již v nejstarší lidské historii a proto je legitimní si přiznat, že pokud by existoval nějaký způsob, jak škodlivé užívání vymýtit, zřejmě by se tak již v předlouhých lidských dějinách stalo. Koneckonců, extrémní případ prohibice jsme viděli v USA v druhé polovině 19. Století. Existence alkoholu je s existencí lidskou zkrátka pevně spojená a není jiná možnost, než se snažit tuto provázanost udržovat ve zdravých mezích. Bavíme-li se o tradičnosti tohoto fenoménu, zjistili jsme, že i v Bibli je řada příběhů, které s tematikou alkoholu pracují, přičemž nemusí mít vždy jen negativní konotace. V Novém Zákoně je pak velmi moudře řečeno, že člověku jsou všechny možnosti otevřeny, je na něm, jak si s „démonem“ alkoholu poradí, je to životní pokušení a riziko jako spousta jiných.

Dále jsme si definovali blíže pojem závislosti, abychom si udělali hlubší představu, co je vlastně obsahem problému závislého člověka – definovali jsme si, že závislost je jakýmsi vyústěním nadměrné konzumace alkoholu, který převládá v životě člověka jako dominantní činností, která zajišťuje uspokojení. Závislý člověk má změněné potřeby prožívání, nereflktuje tuto změnu a o to je práce s ním těžší. Závislí si dokáží mnoha způsoby svoje chování racionalizovat. Jejich problematický vztah k alkoholu má mnohočetné následky, ať už zdravotního nebo psychosociálního charakteru. Velmi závažný je právě dopad na rodinu a nejbližší sociální okolí, neboť narušení vztahů stahuje závislého ze zdravé sítě sociálních vazeb a zvyšuje riziko, že se závislý nedokáže se svým břemenem vypořádat. Množství zásadních potíží, které sobě nebo svému okolí závislý způsobuje, otevírá brány pro působení sociální práce. Abychom mohli konstatovat, že sociální práce je skutečně legitimním hráčem na poli práce se závislými na alkoholu, postavili jsme si teoretickou základnu, v které jsme si definovali poslání cíl sociální práce, pracovali jsme především s pojmem sociální fungování, které je, řekla bych, alfa a omega zdravého, spokojeného a vyrovnaného života, a v jeho rehabilitaci je sociální práce nezastupitelným prvkem.

Roli sociálního pracovníka jsem definovala ze dvou pohledů. Jedním z nich byla pozice podpůrce změny a motivace, která je zásadním hnacím motorem pro stabilizaci a uzdravení klientovy situace. Představili jsme si nástroje, kterými může sociální pracovník klienta posilovat a dodávat mu odvalu ke zvládnutí nejednoduchého rozhodnutí ke změně, s důrazem na otevřený a respektující přístup. Druhým pohledem byla role koordinátora

sociálních služeb, kdy se sociální práce snaží podpořit klienta v jeho období stabilizace, maximálně ho podpořit a zabezpečit, zejména v situacích, kdy kvůli jeho problémům s alkoholem ztratily jeho ostatní sociální vazby na funkčnosti.

Když jsme si tedy popsali jak závažný fenomén alkoholismus je, co vše se s ním spojuje, zaměřila jsem se na pohled – jak těmto problémům předcházet? Seznámili jsme se tedy s metodikou a filosofií primární prevence, s faktory, které je třeba v praxi zohledňovat. Pro zdůraznění vhodnosti začít s primární prevencí již v raném věku jsem se snažila ukázat, jak závažné následky má nadměrná konzumace alkoholu pro dospívající. Dále jsme se seznámili s dokumenty primární prevence, kde jsme mohli vidět, jaká aktuální témata se řeší – zejména co se týče dalšího zefektivnění a jeho překážek. Jako slabé stránky můžeme jmenovat například nerovnoměrné rozložení programů po ČR, nedostatečná spolupráce školy s rodiči a nízká edukace a motivace pedagogů, kteří jsou zapojeni do primární prevence. Jako doporučení nalezneme v dokumentech standardizovat tyto programy napříč školským prostředím, využívat více moderní komunikační technologie a také více vzdělávat pedagogické i nepedagogické pracovníky, kteří se v primární prevenci přímo angažují.

Praktická část této práce je pak zaměřena na ověření míry vnímání rizika u sociálních pracovníků, kteří pracují se svými mladými dospívajícími klienty v různých typech sociálního zařízení. Zjistili jsme, že riziko zneužívání alkoholu u cílové skupiny dospívajících vnímá převážná většina sociálních pracovníků. Naprostá většina těchto dospívajících má alespoň nějakou zkušenost s alkoholem, značná část konzumuje pravidelně. Sociální pracovníci vnímají velmi závažně neplnění rodinné funkce ve spojitosti právě s rizikovým vztahem dospívajících k alkoholu. Rovněž bylo vysloveno mnoho doporučení pro zefektivnění tohoto preventivního působení ze strany sociálních pracovníků. Můžeme si tedy uvědomit, jak důležitou preventivní funkci plní role sociální práce a bylo by zajímavé identifikovat její dosud nevyužívané příležitosti pro další naplňování strategie primární prevence (např. propojení sociálních zařízení, škol a neziskových organizací v realizaci dlouhodobějšího, všestranného programu), za větší podpory státních i nestátních, školských i neškolských zařízení, pro nalezení jednodušší a efektivnější podoby spolupráce a praxe primární prevence.

Summary

Fenomén alkoholismu a možnosti sociální práce

The phenomenon of alcoholism and opportunities for social work

Author: Bc. Marcela Maternová

In my thesis I tried in the early chapters outline how the traditional phenomenon we are dealing here. Problems with alcohol appeared in the earliest human history and it is therefore legitimate to admit that if there were some way to eradicate harmful use would probably already in long human history happened. After all, the extreme case of Prohibition we have seen in the U.S. in the second half of the 19th Century. Existence of alcohol is the existence of a human just firmly attached and there is no other option than to try to keep this consistency in the healthy range. When we talk about traditionality of this phenomenon, we found that in the Bible is a series of stories on the theme of alcohol works, but does not always have negative connotations.

We defined that addiction is a kind of result of excessive alcohol consumption, which prevailed in the life of man as a dominant activity that ensures satisfaction. Addicted person has changed needs experience, does not reflect this change and it is difficult to work with him. Addicted have many ways to rationalize their behavior. Their problematic relationship with alcohol has multiple consequences, whether medical or psychosocial nature. Very serious is just the impact on a family and the closest social environment, because disruption of relationships downloads addicted on a healthy network of social ties and increases the risk that the addict can not deal with his burden.

To say that social work is indeed a legitimate player in the labor addicted to alcohol, we built a theoretical basis, in which we defined the mission objective of social work, we worked primarily with social functioning, which is, I think, is the alpha and part of a healthy, happy and balanced life, and his rehabilitation is an indispensable element of social work.

The role of the social worker I defined from two perspectives. One of them was the position proponent of change and motivation, which is a major driving force for the stabilization and recovery client's situation. We introduced a tool which can strengthen social worker client and deliver him the courage to deal with complex decisions to change, with an emphasis on open and respectful approach. The second view, the role of coordinator of social services, where social work aims to support clients in their period of stabilization, maximum support him and secure. When we described the serious phenomenon of an alcoholism and everything what is connected with it, I focused on the view - how to prevent these problems? So we met with the methodology and philosophy of primary prevention, the factors to be taken into account in practice.

The practical part of this work is focused on the verification rate risk perception among social workers who work with their young adolescent clients in various types of social facilities. We found that the risk of alcohol abuse among the target group of adolescents perceive the vast majority of social workers. The vast majority of these adolescents have at least some experience with alcohol, much of it consumed regularly. Social workers perceive a very serious failure to family functions with just a risk related to adolescent alcohol. It also said it many recommendations for streamlining this preventive action by social workers. We can therefore understand how important preventive function in the role of social work and it would be interesting to identify her as yet untapped opportunities for further implementation of primary prevention strategies (for example linking social institutions, schools and non-profit organizations in the implementation of long-term, comprehensive program) for more support governmental and non-governmental, educational and non-school facilities for finding more uniform and more effective forms of cooperation and practice of primary prevention.

Seznam literatury

Bible. Písmo svaté Starého a Nového Zákona. Ekumenický překlad. 10. vydání (8. přepracované). Praha : Česká biblická společnost., 1995. 1150 s. ISBN 80-85810-07-7

EDWARDS, Griffith. *Záhadná molekula.* Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2004. ISBN 80-7061-696-6.

FISCHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie: Analýza příčin a možností ovlivňování závažných sociálně patologických jevů.* Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.

HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ. *Pavučina závislosti: Alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby.* Praha: Togga, 2011. ISBN 978-80-87258-62-0.

CHADIMA, Martin. *Charitativní péče - Dějiny a současnost.* Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-632-7.

KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup.* Praha: Úřad vlády České republiky, 2003.

MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese.* Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-7004.

MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť.* Praha: SLON, 2003. ISBN 80-86429-19-9.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce.* Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce.* Brno: Marek Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost.* Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X.

NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. *Alkohol, drogy a vaše děti.* Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 1994. ISBN neznámé.

POKORNÝ, Robert. *Alkohol a stát (bojovník proti alkoholismu vs. distributor).* Brno, 2006. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně.

QED GROUP. *Čas Evoluce* [Výukový materiál]. 2013 [cit. 16.4.2013].

RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ. *Psychiatrie.* Praha, 2001. Galén a Karolinum, 2001. ISBN 80-7262-140-8.

ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Dětská klinická psychologie.* Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8

SKÁLA, Jaroslav. *...až na dno!?* Praha: Avicenum, 1988. ISBN 08-048-88.

SKÁLA, Jaroslav. *Lékařův maraton*. Praha: Český spisovatel, 1997. ISBN 80-202-0663-9.

ŠÁROVÁ, Lenka. *Ženy a jejich role v římském náboženství*. Pardubice, 2011. Diplomová práce. Univerzita Pardubice.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4

VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence: Krize v životě člověka*. Praha: Portál, 2007. ISBN 80-7367-342-8.

WOITITZOVÁ, Janet. *Dospělé děti alkoholiků*. Praha: Columbus, 2002. ISBN 80-85928-73-6

Zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů č. 379/2005. Sb.

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

Elektronické zdroje

Alkoholu propadají nejčastěji ženy kolem čtyřicítky. In: *Prevence a léčba závislosti na alkoholu Pomoc lidem, kteří mají problém s alkoholem nebo chtějí pomáhat* [online]. [cit. 2013-03-30]. Dostupné z: <http://alkohol-alkoholismus.cz/apolinar-oddeleni-pro-lecibu-zavislosti-vfn/alkoholu-propadaji-nejcasteji-zeny-kolem-ctyricitky>

Alkohol/Víno: Jaké jsou historické záznamy o kvašených nápojích v Bibli?. *BIBLEinfo.com* [online]. c2004 [cit. 2012-02-25]. Dostupné z: <http://www.bibleinfo.cz/questions/716.html>

Městská policie hlavního města Prahy: Události městské policie [online]. 2013 [cit. 2013-05-04]. Dostupné z: <http://www.mppraha.cz/>

Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních, č.j. 20 006/2007-51. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2007. Dostupné z: www.msmt.cz/file/8601_1_1/

Mýty o severské zemi stále přžívají. *Hospodářské noviny* [online]. 9. 1. 2004 [cit. 2012-02-26]. Dostupné z: <http://hn.ihned.cz/c1-13646060-myty-o-severske-zemi-stale-prezivaji>

NEČESANÁ, Kateřina a Roman PEŠEK. *Prevence užívání tabáku, alkoholu a jiných drog u dospívajících* [online]. 2009 [cit. 2013-06-13]. ISBN 978-80-254-5971-3. Dostupné z: www.msmt.cz/file/20266_1_1/

Poptávka po péči detoxikačního oddělení v Apolináři neklesá Více informací na: <http://alkohol-alkoholismus.cz/detox-apolinar-detoxifikacni-jednotka/poptavka-po-peci-detoxikacniho-oddeleni-v-apolinari-neklesa>. In: *Prevence a léčba závislosti na alkoholu* [online]. [cit. 2013-03-30]. Dostupné z: <http://alkohol-alkoholismus.cz/detox-apolinar-detoxifikacni-jednotka/poptavka-po-peci-detoxikacniho-oddeleni-v-apolinari-neklesa>

Svatba v Káně Galilejské: Biblický text: Janovo evangelium 2, 1-12. In: *Ranní Slovo: Náboženství* [podcast]. 18.01.2004 [cit. 2012-02-25]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/nabozenstvi/rannislovo/_zprava/504306

TK Kladno - Dubí - Co nabízíme . In: *Alkohol-alkoholismus.cz* [online]. 2013 [cit. 2013-05-04]. Dostupné z: <http://alkohol-alkoholismus.cz/terapeuticke-komunita-kladno-dubi/tk-kladno-dubi-co-nabizime>

Úvodní zamyšlení farářovo. *Náboženská obec církve československé husitské* [online]. [cit. 2012-02-25]. Dostupné z: <http://www.dejvickysbor-cesh.cz/>

Velký lékařský slovník. *Cyklotymie* [online]. 2008 [cit. 2013-06-13]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/lexikon-pojem/cyklotymie>

ŽÁKOVÁ, Markéta. Primární prevence - charakteristika. *Národní informační centrum pro mládež* [online]. 2009 [cit. 2013-05-04]. Dostupné z: <http://www.nicm.cz/primarni-prevence-charakteristika>

Seznam příloh:

Příloha č. 1: MAST (Michigan Alcohol Screening Test)

Příloha č. 2: TEST ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU (dle prim. MUDr. Karla Nešpora)

Příloha č.3: Výňatek z dokumentu Koncepce státní politiky pro oblast dětí a mládeže na období 2007-2013 (kap. I.)

Příloha č. 4: Vzor dotazníku pro praktickou část

Přílohy

Příloha č. 1: MAST (Michigan Alcohol Screening Test)

1. Máte pocit, že jste běžný konzument alkoholu? („běžný“ znamená, že nepijete více než ostatní)
 Ano Ne
2. Probudili jste se někdy po noci, během které jste konzumovali alkohol, a nemohli si vzpomenout na některé události?
 Ano Ne
3. Projevil některý z vašich příbuzných nebo přátel obavy v souvislosti s vaším vztahem k alkoholu?
 Ano Ne
4. Dokážete přestat pít po jedné nebo dvou skleničkách?
 Ano Ne
5. Vyvolává ve vás konzumace alkoholu pocit viny?
 Ano Ne
6. Navštívili jste někdy setkání Alcoholics Anonymous (AA)?
 Ano Ne
7. Zúčastnili jste se rvačky v důsledku konzumace alkoholu?
 Ano Ne
8. Je alkohol (nebo byl) zdrojem problémů mezi vámi a vašimi blízkými příbuznými či přáteli?
 Ano Ne
9. Vyhledal některý z vašich příbuzných či přátel odbornou pomoc v souvislosti s vaší konzumací alkoholu?
 Ano Ne
10. Přišli jste kvůli alkoholu o některé přátele?
 Ano Ne

11. Dostali jste se někdy kvůli alkoholu do potíží?
- Ano Ne
12. Přišli jste někdy kvůli alkoholu o práci?
- Ano Ne
13. Zanedbali jste někdy své povinnosti, rodinu či práci kvůli několikadenní konzumaci alkoholu?
- Ano Ne
14. Pijete často před polednem?
- Ano Ne
15. Sděлил vám lékař, že máte problémy s játry?
- Ano Ne
16. Trpěli jste někdy po konzumaci alkoholu deliriem tremens, třesem nebo halucinacemi?
- Ano Ne
17. Vyhledali jste v souvislosti s konzumací alkoholu odbornou pomoc?
- Ano Ne
18. Byli jste někdy z důvodu konzumace alkoholu hospitalizováni?
- Ano Ne
19. Vedla u vás konzumace alkoholu k hospitalizaci v psychiatrické léčebně?
- Ano Ne
20. Navštívili jste někdy lékaře, sociálního pracovníka nebo duchovního s žádostí o pomoc v souvislosti s problémy s alkoholem?
- Ano Ne
21. Byli jste někdy zadrženi policií kvůli řízení pod vlivem alkoholu?
- Ano Ne
22. Byli jste někdy zadrženi policií kvůli jinému chování pod vlivem alkoholu?
- Ano Ne

(Dostupný na: <http://testalkoholismu.cz/test-alkoholismu.php>)

Příloha č. 2: TEST ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU (dle prim. MUDr. Karla Nešpora)

Všechny následující otázky se týkají období posledních 12 měsíců. Vyberte tu z následujících odpovědí, která se nejvíc blíží skutečnosti, a zatrhněte ji. U všech testů alkoholové závislosti platí, že musí být odpovězeny podle pravdy, jinak nemají smysl - nelžete sami sobě.

1. Cítil jste během posledních 12 měsíců silnou touhu nebo nutkání pít alkohol?

Ne - Někdy - Často

2. Nedokázal jste se ve vztahu k alkoholu ovládat? (Pil jste i tehdy, když to bylo nevhodné, nebo jste vypil víc, než jste původně chtěl?)

Často - Někdy - Ne

3. Měl jste tělesné odvykací potíže („abst'ák“) po vysazení alkoholu (např. nejčastěji třes po ránu)?

Ne - Někdy - Často

4. Zvyšoval jste dávku alkoholu, abyste dosáhl účinku, původně vyvolaného nižší dávkou?

Často - Někdy - Ne

5. Zanedbával jste dobré záliby kvůli alkoholu nebo jste potřeboval víc času k získání a k užívání alkoholu či k zotavení se z jeho účinku?

Ne - Někdy - Často

6. Pokračoval jste v pití alkoholu přes škodlivé následky, o kterých jste věděl?

Často - Někdy - Ne

Spočítejte odpovědi: ČASTO + NĚKDY

+ =

0 odpovědí ČASTO a NĚKDY znamená, že se patrně nejedná o závislost

1 - 2 odpovědi ČASTO a NĚKDY - tento výsledek vyžaduje důkladnější vyšetření

3 - 6 odpovědi „často“ a „někdy“ znamenají, že se patrně jedná o závislost

Příloha č.3: Výňatek z dokumentu Koncepce státní politiky pro oblast dětí a mládeže na období 2007-2013 (kap. I.)

I. Některé problémy týkající se mladé generace vyplývající z výzkumů v posledním období

Děti a mládež jsou věkovou skupinou obyvatelstva od narození do 26 let. Sociologicky je zkoumána většinou skupina od ukončení povinné školní docházky do dovršení sociální zralosti, tedy jedinci od 15 do 30 let. Jde o značně rozsáhlou sociální skupinu se specifickou pozicí a úlohou ve společnosti.

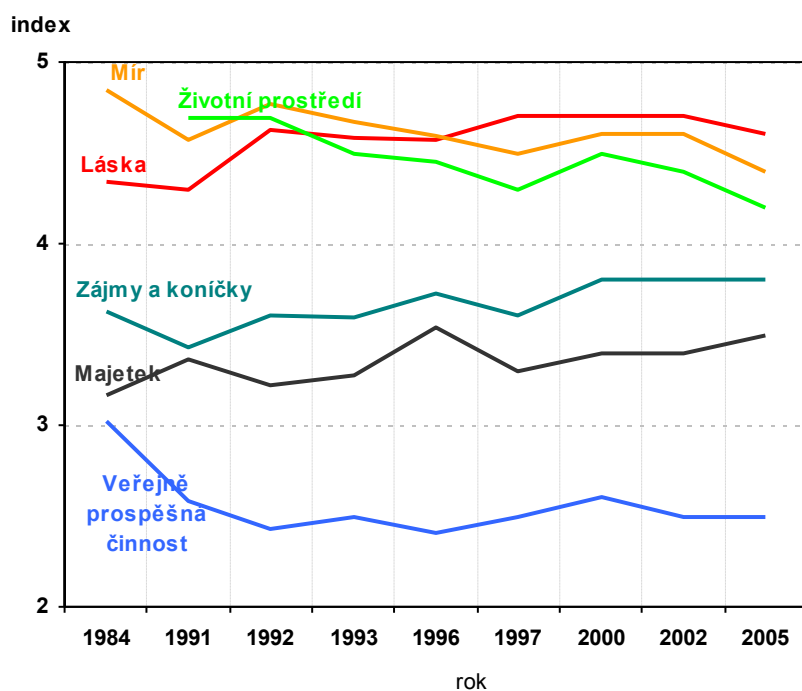
Řada světových průzkumů definovala v posledních letech soubor vlastností, které svému nositeli umožňují v naší civilizaci úspěch a „šťastný život“. Velmi přesvědčivě v nich vyšlo pět vlastností (nazývaných Big Five, čili Velká pětka): *inteligence, svědomitost, otevřenost, citová stabilita a přátelskost*.

Teoreticko-empirická analytická studie *Koncepce státní politiky pro oblast dětí a mládeže od roku 2007* doc. dr. Petra Saka, CSc., výzkum dr. Tomáše Houšky *Účast mladých lidí na politickém a společenském životě*, kontinuální výzkumy Národního institutu dětí a mládeže založené na srovnání v dlouhých časových řadách, identifikovaly následující trendy v hodnotových orientacích, jež jsou v rozporu s výše zmíněnými pěti klíčovými vlastnostmi:

Ukazují na růst významu ekonomické prosperity, kariéry jako prostředku k získání majetku, materiálních hodnot a smyslového života a jeho prožitkům, včetně drog. Na druhé straně klesá význam kvality života v konkurenci se smyslovým životem a materiálními hodnotami. Klesá význam odpovědnosti za druhé v konkurenci s odpovědností i za jiné, ale současně klesá význam zdokonalování sebe sama a transcendentní dimenze života a idejí.

Trvale roste význam majetku a náplně volného času podle zájmů a koníčků. Naopak klesá především význam „být užitečný druhým lidem“, ale také význam míru, životního prostředí a veřejně prospěšné činnosti. Klesá také význam demokracie jako důsledek zkušeností s naším politickým systémem, politickou kulturou a pozicí občana v tomto systému.

Vývoj vybraných hodnot 1984 až 2005 (věková skupina 15 – 30):



Je třeba upozornit, že uvnitř generačního většinového hodnotového pohybu existují skupiny s odlišnými hodnotovými orientacemi. Současná mladá generace je však nastavena poměrně jednoznačně. Preferuje orientaci na vlastní ego, na sebe sama, avšak na sebe reflektovaného smyslově. Vnitřní svět je ochuzován (ideje, myšlenky, transcendentní dimenze) a tato chudoba je jedním z důvodů rostoucího zájmu o drogy.

Výrazným trendem ve vývoji mládeže je klesající vliv jakýchkoli sociálně duchovních systémů, až již sekulárních či náboženských a duchovních. Jejich význam od počátku devadesátých let trvale klesá. Tento trend je konzistentní s vývojem hodnotové orientace mládeže, která ukazuje na hédonismus a pragmatismus mládeže, provázený poklesem významu globálních a sociálních hodnot.

Hlavní proud uvnitř mladé generace je adaptován na společnost a se společností se identifikuje. Výrazným současným nástrojem společenské konformity jsou „mainstreamová“ média. Média ve stále větší míře a rozsahu vtiskávají do mysli a vědomí člověka obsahy, které vůbec či jen v malé míře odrážejí realitu přirozeného světa a ve stále větší míře produkují mediální a virtuální realitu. Hlavní proud mladé generace je ve značné míře manipulován médii a názory a postoje produkované médii přijímá.

Tradiční elektronická média a nové technologie - osobní počítač, internet, mobilní telefon a propojování médií do multimediální podoby jsou fenomény, které základním způsobem formují současnou generaci mládeže. Naopak tato generace mládeže je základním subjektem komputizace společnosti a převodu společnosti do digitálního věku. Celý život současné mládeže se ve srovnání s předchozími generacemi proměňuje a převádí do jiné podoby.

Dochází k digitalizaci životního pole a životního způsobu mládeže. Mládež je charakterizována jednotlivými technologiemi, případně generačními mutacemi těchto technologií. Proto bývá současná mladá generace nazývána generací on-line. Toto označení se netýká pouze české mládeže. Další charakteristikou současné mládeže je rozpínání jejího životního pole o evropský a globální rozměr. Rozpínání se primárně odehrává virtuálně v kyberprostoru a odvozeně i v přirozeném časoprostoru.

Význam médií pro mládež dokládá i to, že třetinu svého času tráví s některým z médií a z disponibilního času tráví mládež s médii dvě třetiny. Jedním z důsledků je, že virtuální a mediální realita vytěsňuje z životního pole člověka vitální složku.

Proces digitalizace či elektronizace probíhá i v oblasti vzdělávání. Za pouhých několik let existence získal e-learning mezi mladou generací významnou pozici. Mládež e-learning akceptuje a začlenila si ho již do svých aktivit. Současné mládeži je bližší digitalizovaná podoba čehokoliv oproti tradiční podobě. To je také důvod poklesu četby a to i ve věkové skupině obsahující studenty vysokých škol.

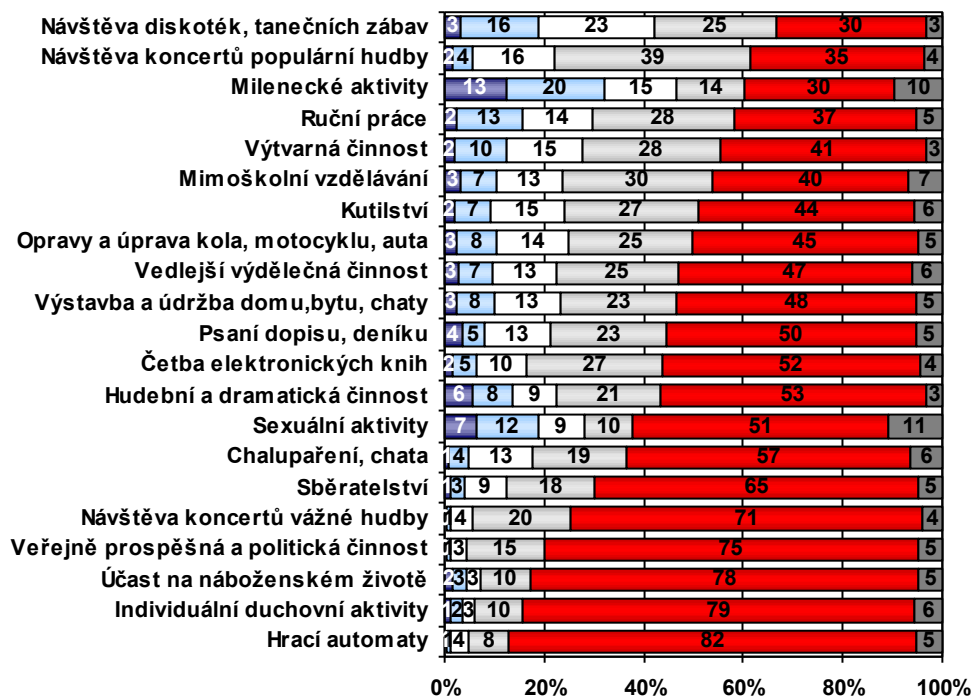
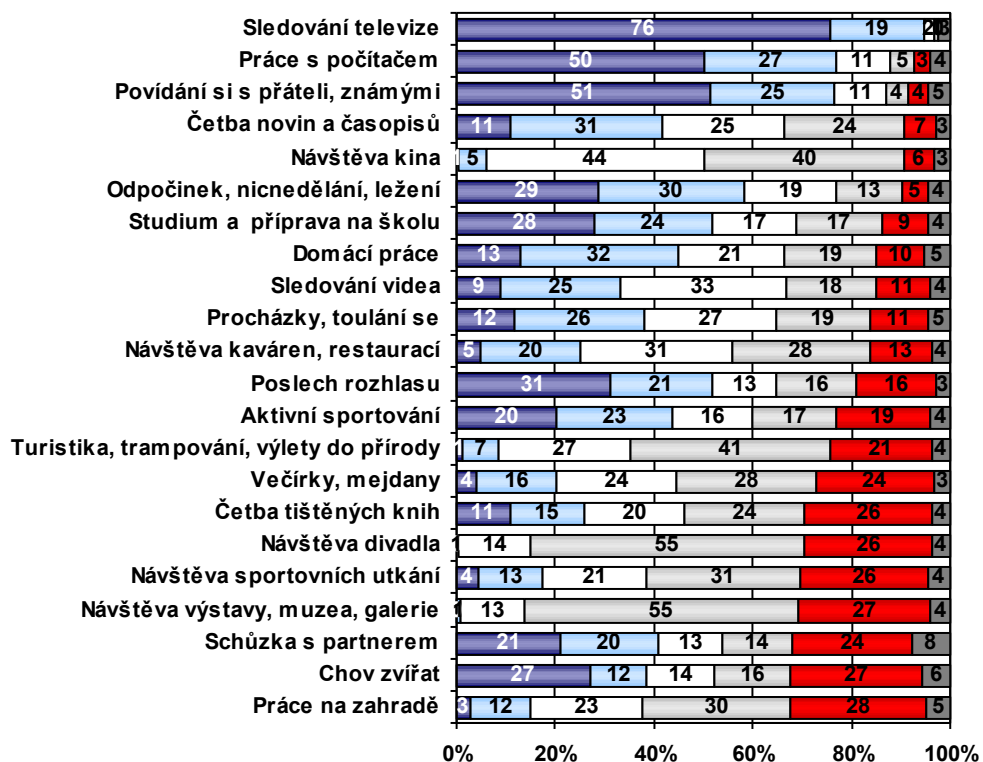
Hédonistická a pragmatická orientace mladé generace s absencí společenské vize přispívají k pokračujícímu rozšiřování konzumace alkoholu, nikotinizmu a konzumaci drog. Roste tolerance k drogám a kouření marihuany je již v určitých vrstvách společnosti chápáno jako standardní součást životního stylu.

Mládež a volný čas

Volný čas je významnou sociologickou, ekonomickou a pedagogickou kategorií. Jeho naplňování je zvláště významné pro mládež.

Následující grafy ukazují četnosti jednotlivých frekvencí u všech aktivit. Jedná se o soubor mládeže ve věku 14 – 19 let.

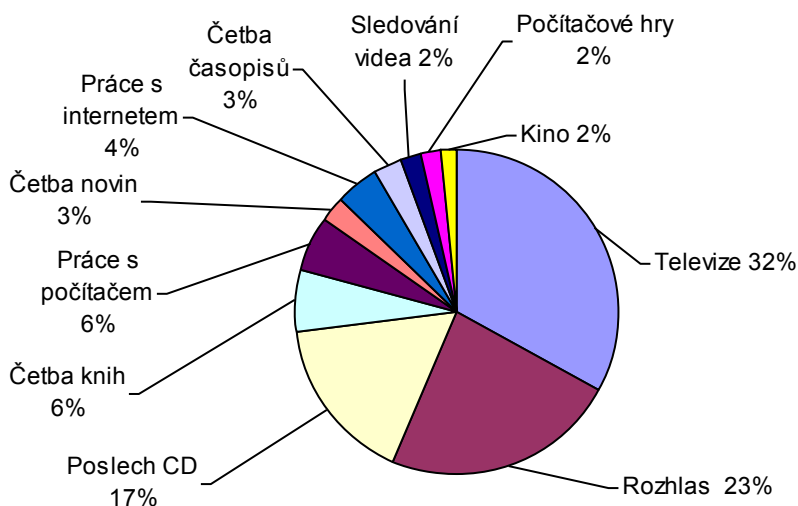
■ pravidelně □ často □ občas □ výjimečně ■ nikdy ■ nevím/neodpověděl(a)



Ačkoli například pobyt v přírodě a turistika mají mimořádně příznivý vliv na psychický a sociální vývoj dětí a mládeže, jeho socializační a preventivní význam z hlediska prevence sociálních deviací, včetně drogové závislosti, nebyl zcela doceněn.

Dominantní volnočasovou aktivitou je sledování televize. Každý den sleduje televizi 76 % mládeže. Stále více času tráví lidé s médii, stále více potřeb uspokojují prostřednictvím těchto médií a stále více aktivit má mediální a virtuální charakter.

Ve volném čase současné mládeže jsou činnosti spojené s počítačem spolu se sledováním televize nejčastějšími aktivitami. Již v roce 2000 trávila česká mládež s médii kolem třetiny svého bdělého stavu a kolem dvou třetin svého disponibilního času (bez času v práci a ve škole) a tento podíl bude zřejmě dále narůstat. Následující graf 1 ukazuje podíl jednotlivých médií na čase věnovaném médiím (2000, věková skupina 15-30 let).



Od roku 2000 dále prudce narůstá čas strávený s počítačem a ještě rychleji z toho roste čas v „kyberprostoru“ a rozvíjí se nová dimenze lidské existence - virtuální realita.

Nástup nových technologií i ve volném čase mládeže je provázen opačným trendem, poklesem četby tištěných knih. Nové technologie vytvářejí vlastní podobu sdělení, které má multimediální charakter s významnou obrazovou složkou. Text se zdá být v nastupujícím digitálním věku zastaralý. Od roku 1992 do roku 2000 se snížil počet přečtených knih. Víceméně zmizela skupina intenzivních čtenářů, kteří za měsíc přečetli 4 a více knih. V roce 1992 se ve věkových skupinách pohyboval podíl těchto čtenářů mezi 17% a 8%. V roce 2000 se podíl těchto čtenářů pohybuje ve věkových skupinách mezi 0 a 1%. K největšímu poklesu četby došlo u mládeže ve věku 19 - 23 let, tedy u skupiny, ve které více než třetina studuje na vysokých školách a četbu mají vlastně „v popisu práce“.

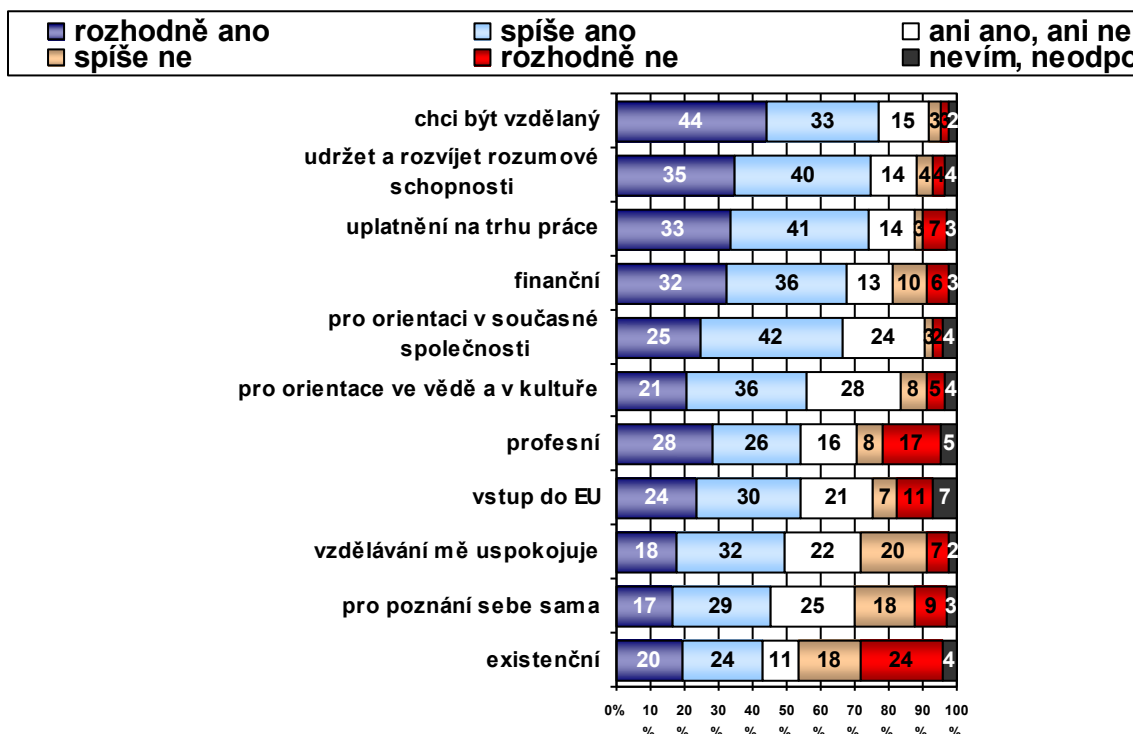
Mládež a vzdělání

Ve vývoji společnosti neustále roste podíl vzdělávající se populace, životní fáze věnovaná vzdělávání zabírá mnohem větší časový úsek ze života. Z populace se vyděluje sociální skupina mládeže, jejímž hlavním posláním je vzdělávání a profesní příprava. Zároveň roste komplexita vzdělávacího systému a zdokonaluje se jeho infrastruktura. V současnosti získává v České republice vysokoškolské vzdělání kolem třetiny populačního ročníku. Proces vzdělávání, včetně doktorandského studia, se posouvá k hranicím třiceti let.

Význam vzdělanosti a vzdělávání pro společnost dále roste a v soutěži jednotlivých zemí vzdělanost populace a její vědecká úroveň budou rozhodovat o budoucnosti země. Klíčovou se stává modernizace vzdělávacího systému, jednak jeho modifikací primárního vzdělávání do podoby systému otevřeného novým poznatkům, jednak poskytnutím jedincům programu pro celoživotní doplňování nových poznatků v takové podobě, kdy nepůjde pouze o rozšiřování sumy poznatků v jednotlivých vědních disciplínách, ale kdy nové poznatky umožní syntetizovat a prohlubovat komplexní vhled do zásadních kategorií života, společnosti a bytí.

Tím se stává nezbytnou modernizace vzdělávacího systému - celoživotní vzdělávání, které obsahuje primární vzdělávání od základní školy po vysokoškolské, a dále vzdělávání realizované mimo rámec tradičního vzdělávání. Při modernizaci a dalším rozvoji vzdělávacího systému ve vznikající informační společnosti nelze opominout průnik nových informačních a komunikačních technologií do vzdělávání.

Důvodů ke vzdělávání je nepochybně celá řada a tomu musí odpovídat metodika zkoumání. Odpověď byla hledána pomocí otázky. „Mají vliv na to, že se vzděláváte i mimo rámec vzdělávací soustavy od základní po vysokou školu, následující důvody?“



Potvrdilo se, že moderní člověk se vzdělává z celé řady důvodů a vzděláváním uspokojuje celou řadu potřeb a zájmů. Motivace lze zařadit do několika skupin: existenční, společenské a individuálně psychické. Na prvním místě motivačního žebříčku je potřeba být vzdělaný. Následuje důvod prostřednictvím vzdělávání rozvíjet a udržovat své rozumové schopnosti. Teprve na třetím místě je jako důvod vzdělávání „uplatnění na trhu práce“. Ryze cílovou motivaci, kdy sám proces vzdělávání je cílem – „vzdělávání mě uspokojuje,“ uvedla polovina mladých lidí.

Mládež a sociálně negativní jevy: nikotinismus, alkoholismus, drogy, kriminalita

Mládež není ohrožena pouze několika vybranými sociálně patologickými vlivy, které jsou podrobněji rozvedeny dále. Klíčovou oblastí je výchova ke zdravému životnímu stylu, kdy zdraví člověka je chápáno jako vyvážený stav tělesné, duševní a sociální pohody. Je utvářeno a ovlivňováno mnoha aspekty, jako je styl života, zdravotně preventivní chování, kvalita mezilidských vztahů, kvalita životního prostředí, bezpečí člověka atd. Protože je zdraví základním předpokladem pro aktivní a spokojený život a pro optimální pracovní výkonnost, stává se poznávání a praktické ovlivňování rozvoje a ochrany zdraví jednou z priorit.

V průběhu let 1993 – 2005 stoupá ve stejných skupinách mládeže tolerance vůči drogám a odmítání represivního přístupu. S rostoucím věkem klesá tolerance vůči drogám ve

prospěch represivního přístupu. Tato závislost platí již od 15 let. Lze říci, že nastupující generace jsou stále drogově liberálnější a v dětské populaci je již zakomponována ještě vyšší tolerance k drogám.

Role médií v socializaci a sociálním zrání dětí a mládeže

Pedagogika volného času do určité míry reflektuje média jako prvek v životním stylu dětí a mládeže. Rozsah působení médií a jejich prostřednictvím generování mediální a virtuální reality a vytváření „kyberprostoru“ však klade na pedagogiku další nároky. V digitálním a mediálním věku tradiční jevy přirozeného světa dostávají svou digitální či mediální podobu. Tak jako vzdělávání dostává mediální a elektronickou podobu, podobně již mluvíme o digitální či počítačové kriminalitě. V hraniční oblasti mezi pedagogikou a digitální kriminalitou můžeme pozorovat jevy, které bychom mohli zahrnout pod pojem mediální kriminalita.

Předmětem mediální kriminality se mohou v budoucnu stát jevy, které komerční televize vnesla do české mediální kultury v devadesátých letech pod hesly vyrovnávání se světu, návratu do Evropy, svobody slova a liberalizace. Zastánci neregulovaného působení médií používali argumenty, že nikdo se nemusí dívat, regulace je relikv totalitní společnosti, zasahovat majitelům do vysílání je narušením tržních principů a zásah do užívání majetku ke svému zisku je socialistické, vysíláním televize nikoho nevychovává, neovlivňuje, pouze baví. Majitelé a zastánci komerčního vysílání opakovaně zpochybňují vliv násilí v televizi na růst agresivity ve společnosti, především u mladé generace, navzdory výsledkům řady sociologických a psychologických studií.

Postoje mladých lidí k politice a veřejnému životu

Z výzkumů vyplývají jasné trendy o tom, že mladí lidé stále více negativně vnímají politiku a občanskou angažovanost. Alarmující je především trend volající po uplatnění „silnější ruky“ na úkor demokratických principů a rostoucí netolerance vůči imigrantům.

Cílem současné společnosti by mělo být vychovávat děti a mladé lidi tak, aby se stali individualitami, které charakterizují především svědomitost, poctivost, sebeovládání, duševní stabilita a odolnost, zvědavost, chuť do učení a touha poznávat nové, otevřenost pro druhé, snášenlivost, slušnost, schopnost vytvářet přátelské vztahy a pomáhat druhým. Mladí lidé by měli poznat sami sebe jako živé bytosti, pochopit hodnotu zdraví, smysl zdravotní prevence i hloubku problémů spojených s nemocí či jiným

poškozením zdraví, aby poznávali zásadní životní hodnoty a postupně si k nim utvářeli postoje. K tomu by měla napomáhat i tato koncepce.

(Celý dokument dostupný na:

www.msmt.cz/uploads/soubory/mladez/Koncepce_last_version.doc)

Příloha č.4: Dotazníkové šetření pro sociální pracovníky pracující v zařízeních pro děti a mládež – jejich názor na jejich možnosti v prevenci a jejich odborný názor na problematiku primární prevence vůbec

1. S jakou věkovou skupinou dětí pracujete?

- 12-15
- 16-18

2. V jakém zařízení pracujete?

- Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež
- Dům dětí a mládeže
- Dům na půl cesty
- Telefonická krizová pomoc
- Jiné - uveďte

3. Vnímáte v dané skupině, se kterou pracujete, riziko zneužívání alkoholu?

- ano
- ne

4. Kolik procent z přítomných dětí má podle vašich informací zkušenosti s alkoholem?

- 0-10 %
- 10-30%
- 30-50%
- 50-80%
- 80-100%

5. Kolik procent dětí podle vašich informací pravidelně konzumuje alkohol?

- 0-10 %
- 10-30%
- 30-50%
- 50-80%
- 80-100%

6. Souvisí podle vašeho názoru tento vztah k alkoholu se situací v rodině dítěte?

- ano
- ne
- nevím

7. Považujete svoje možnosti jako sociálního pracovníka v oblasti prevence zneužívání alkoholu nezletilými za významné? Uved'te důvod.

- ano, protože:
- ne, protože:

8. Jaké konkrétní metody používáte k ovlivňování vztahu svých svěřenců k alkoholu?

Uved'te:

9. Považujete programy prevence na školách za efektivní? Uved'te důvod.

- ano, protože:
- ne, protože:
- nevím, nemám informace

10. Jaká doporučení v oblasti primární prevence byste dali za obor sociální práce?

Uved'te: